COUNTWAY LIBRARY
HC 4X6D %

20 G.112

L'ASTHME DES FOINS

ET LE

CORYZA SPASMODIQUE

PAR

Le Docteur J. MOLINIÉ (DE MARSEILLE)

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE TOULOUSE
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE
ET OTOLOGIE

PARIS
HENRI JOUVE
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15
—
1894

BOSTON MEDICAL
FEB 17 1902
LIBRARY.

2681

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MON EXCELLENTE MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MON AMI LE DOCTEUR EUGÈNE DURAN

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAREL

Médecin des hôpitaux de Lyon

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin de l'hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'honneur

BOSTON MEDICAL
FEB 17 1902
LIBRARY

L'ASTHME DES FOINS

ET LE

CORYZA SPASMODIQUE

INTRODUCTION

Le titre de ce travail indique suffisamment de quel ordre de faits nous voulons nous entretenir. Chacun connaît l'affection désignée sous le nom *d'asthme des foins*, aussi il est inutile d'en rappeler en ce moment la description.

Sous la dénomination de *coryza spasmodique* nous rangeons ces accès d'éternuements paroxystiques survenant chez certains sujets à l'occasion de

causes diverses parmi lesquelles nous citons l'émanation des plantes, la respiration des poussières, l'exposition aux rayons solaires, etc.

Cette seconde catégorie de faits a été quelque peu délaissée, les observations en ont été rapportées plutôt à titre de curiosité que dans un but scientifique. Aussi quand il s'agit de déterminer la nature de ces phénomènes, le rang qu'ils doivent occuper dans la pathologie, s'élève-t-il des divergences dans les appréciations des auteurs. Tantôt les faits sont rangés à côté de l'asthme des foins, sous le titre générique de rhino-bronchite spasmodique, tantôt on les considère comme une variété de l'asthme vrai. Tout récemment on les a fait rentrer dans une classe tout nouvellement créée où sont groupées les affections les plus disparates sous le nom d'hydrorrhée nasale.

Aussi bien la nature de l'asthme des foins que celle du coryza spasmodique présente des incertitudes et toutes ces deux affections soulèvent les mêmes problèmes. On devine que notre but est d'en chercher la solution dans une étude comparative des deux ordres de faits, espérant puiser dans leur rapprochement des vues nouvelles capables d'élucider les points obscurs. Il nous semble qu'en les groupant on aurait une conception plus nette et que chacune pourrait servir à la connaissance de l'autre.

Le but n'est pas exclusivement théorique et nos efforts ne tendent pas uniquement à trouver la clef

des phénomènes à fixer la valeur nosologique des faits ; il n'y a pas seulement en cause une question de doctrine pure. Si nous avons cherché à déduire de l'étude des faits des conceptions théoriques, c'est avec l'espoir d'y trouver des indications thérapeutiques ou de donner aux résultats de notre pratique l'explication rationnelle qu'ils réclament.

Nous pensons qu'ayant ainsi reçu la double consécration de la raison et de l'expérience, les conclusions pratiques auxquelles nous nous rattachons recueilleront la faveur qu'elles méritent.

Dans ce travail, nous avons mis à contribution les publications antérieures. Mais nous avons surtout appuyé nos théories sur les résultats de l'expérience, sur les données de nos observations. Celles-ci prennent en raison de leur nombre une importance considérable, en outre, du fait que l'examen rhinoscopique a été pratiqué dans tous les cas, elles acquièrent une valeur plus grande encore, étant donnée la nature des questions que nous avons à juger.

Tous ces documents sont dus à l'obligeance de M. le Dr Garel, médecin des hôpitaux de Lyon. Nous sommes heureux de l'occasion qui nous permet de lui exprimer notre gratitude pour sa bienveillance constante à notre égard et pour le précieux enseignement que nous avons reçu de lui pendant le semestre passé à sa clinique laryngoscopique.

M. le Dr Lannois qui nous a fait un si sympathique accueil a droit à toute notre reconnaissance.

Nous n'oublions pas tous nos maîtres de Toulouse qui nous ont si souvent donné des marques de leur sympathie, nous remercions particulièrement MM. les professeurs Caubet, Jeannel et Audry, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne.

Nous saluons aussi d'un souvenir ému la mémoire du regretté Dr Charazac, notre premier maître en laryngologie. Pendant les deux années passées à sa clinique nous avons pu apprécier les solides qualités de son esprit unies à la plus touchante bonté. La bienveillance si courtoise avec laquelle nous a accueilli M. le Dr Gougenheim, médecin des hôpitaux de Paris, nous fait un devoir de lui en exprimer toute notre reconnaissance.

Enfin nous remercions respectueusement M. le professeur Landouzy de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

La description clinique de l'asthme des foins a été faite pour la première fois par Bostock en 1819. Cet auteur trace de l'affection un tableau symptomatologique auquel on n'a rien changé depuis.

Mais du premier coup il a soulevé un débat qui s'est perpétué jusqu'à nos jours sans qu'une solution universellement admise en ait été donnée, malgré le grand nombre d'auteurs qui y ont pris part.

En présence de cette affection qui apparaît avec des caractères si constants à une même époque de l'année, l'esprit avait une tendance à chercher dans le monde extérieur la cause susceptible d'en expliquer les allures. Toutes les circonstances, toutes les plantes, ont été successivement incriminées, et chaque auteur découvrant l'action nocive d'une substance, donnait à l'affection une dénomination qui indiquait la cause dont il la faisait dépendre. Le public croyait à l'influence des foins, et l'appelait *fièvre des foins;* Bostock, la faisant dépendre des chaleurs de l'été, la dénommait *catarrhus estivus;*

on ne s'arrêta plus dans cette voie. Autant de causes présumées, autant de dénominations différentes ; après le *catarrhus estivus*, après la fièvre des foins il y eut le *hay asthma* (Gordon), le *pollen catarh* (Blackley), le *pollen poisoming* (Beard), puis encore le *peach-cold*, le *ragweed fever*, le *rose cold*, etc.

Nous voyons par cette longue suite d'énumérations, le rôle prépondérant que l'on faisait jouer aux produits de la végétation et aux conditions climatériques ; en un mot aux influences extérieures qui étaient considérées comme le facteur étiologique le plus important.

Nous voyons aussi que les Anglais et les Américains ont été les premiers et les plus nombreux à étudier la question. Si bien que cette affection semblait être un produit national.

En Allemagne en effet, on voit seulement le travail de Pœbus en 1862, qui mérite d'être cité ; en France, les articles de Parrot et G. Sée en 1868 puis en 1870, une importante leçon clinique de Guéneau de Mussy qui relève un point étiologique d'une extrême importance et qu'on avait absolument méconnu avant lui. Cette auteur met en relief l'influence de la diathèse arthritique dans l'asthme des foins, qui forme le fond sur lequel évolue l'affection, la condition qui permet aux agents extérieurs de jouer un rôle. Puis abandonnant en même temps les anciennes dénominations qui par leur multitude jetaient la confusion dans l'esprit en même temps qu'elles consacraient une erreur, il s'attacha à celle de rhino-

bronchite spasmodique, choisissant un titre dégagé de toute conception théorique.

Après Guéneau de Mussy, Herbert reprend les travaux et les idées de son maître et groupe sous la dénomination de rhino-bronchite spasmodique tous les cas qui présentent le même ensemble symptomatique, c'est-à-dire qu'il réunit sous un même titre l'asthme des foins et le coryza spasmodique. Il plaide en faveur de la théorie arthritique. Les idées de Guéneau de Mussy ont été admises par la plupart des auteurs, et ont régné dans l'école française en souveraines maîtresses.

Une autre théorie surgit qui faillit les faire oublier. Daly de Pittsburg en 1882 fit dépendre la fièvre des foins de lésions nasales, hypothèse exposée avec d'amples détails par Hack en 1883, étendue à un plus grand nombre d'affections dénommées réflexes d'origine nasale. Ces théories ont été bien accueillies par un grand nombre de spécialistes, et les résultats obtenus par la destruction des lésions nasales étaient un argument puissant en leur faveur. Puisque en détruisant une lésion on faisait disparaître l'affection, il était tout naturel de rattacher celle-ci à celle-là. L'asthme des foins lié à une lésion apparente et accessible devenait susceptible de guérison. L'enthousiasme était à son comble.

Il fallut pour le faire décroître les travaux des fidèles à la théorie arthritique, au nombre desquels nous devons citer la thèse de M. Leflaive (1887), un chaud plaidoyer en faveur de la théorie arthritique

et une condamnation sans merci de la théorie nasale. Ces opinions ont été encore défendues en 1888, par M. Lermoyez.

Parmi les autres travaux parus depuis, citons la thèse de Natier, 1888, qui fait dépendre l'asthme des foins d'une lésion nasale, les articles de Ruault, 1889, de Dreyfus-Brisac, Rendu, qui sont plus favorables à la théorie arthritique.

Ainsi qu'on le voit, l'asthme des foins a donné naissance à bien des travaux, tandis que les accès de coryza spasmodique ont été à peine mentionnés. Herbert les range sous le nom de rhino-bronchite spasmodique à côté de l'asthme des foins, mais il manque des travaux d'ensemble sur cette question, et l'on a discuté sur des faits isolés.

A l'étranger, Mac Donald (de Londres) et Sajous (de Philadelphie) apportent à ce sujet le résultat de leurs consciencieuses recherches conclues à l'identité des deux affections, et les désignent sous le nom de *Rhinite hypéresthétique* et de *Eternuements paroxystiques*.

En France, Moure les range en un même chapitre, mais ne donne pas de dénomination applicable à tous les deux.

En réalité, en France, à peine si le coryza spasmodique est mentionné, à peine est-il décrit, encore moins sait-on quelle est sa nature et dans quelle catégorie d'affections il faut le faire rentrer.

SYMPTOMATOLOGIE

ASTHME DES FOINS

Les descriptions qui ont été faites de cette affection sont à peu près identiques ; on les retrouve dans tous les traités avec assez de détails et assez de précision pour que nous ayons à insister longtemps sur ce point. Aussi nous contenterons-nous d'en exposer sommairement les grandes lignes.

Les malades qui en sont atteints depuis plusieurs années connaissent l'époque d'apparition de cette affection qui vient leur annoncer le retour de l'été.

Chez le plus grand nombre, c'est pendant la dernière quinzaine de mai que débutent les accidents, mais chez quelques autres, ils apparaissent plus tardivement, pendant la première quinzaine ou la fin du mois de juin. Cette date à peu près constante pour le même malade, varie d'un sujet à l'autre, ce qui semble indiquer que l'influence causale est variable et particulière à chacun d'eux.

La date que les malades assignent au retour de l'affection en présentant un caractère de régularité

bien tranché, n'est cependant pas d'une fixité mathématique inébranlable. Elle subit les mêmes variations que la succession des saisons : avec une année de chaleurs précoces, le retour est avancé, inversement retardé dans les années où le froid a une durée plus considérable.

A l'époque prévue, quelques malades ressentent quelques sensations subjectives, qui ont pour eux la signification d'un avertissement. Tantôt c'est une sensation de brûlure à l'angle interne de l'œil, les obligeant à se frotter les yeux. Ce besoin devient plus impérieux, irrésistible, et pousse le malade à exercer de longues pressions sur les paupières, amenant de la rougeur et de l'irritation des conjonctives.

Quelquefois ces symptômes prodromiques consistent en picotements de la gorge ou du voile du palais. D'autres ressentent une curieuse sensation de froid à la pointe du nez (Mac Donald). Ces symptômes prémonitoires, absents dans la plupart des cas, varient comme durée de quelques heures à deux ou trois jours.

Voici comment se déroulent les phénomènes. A l'occasion d'une promenade aux champs ou au grand soleil, il se produit une démangeaison dans les fosses nasales, bientôt suivie d'un éternuement. Après le premier, un autre survient, suivi d'un autre toujours plus violent, ainsi de suite, pendant plusieurs minutes, quelquefois un quart d'heure. Les yeux sont remplis de larmes, les paupières se gon-

flent, et du nez s'écoule une sécrétion d'une limpidité et d'une abondance surprenantes, obligeant le malade à se moucher à tout instant. Le lobule du nez est rouge, les pommettes également. Les yeux larmoyants, la bouche entr'ouverte, toujours sous la menace d'un éternuement, le malade présente un faciès prêtant à l'hilarité de l'entourage.

Peu à peu les éternuements deviennent plus rares, apparaissent isolément, diminuent d'intensité, et se calment. La sécrétion nasale peut continuer avec ses caractères de profusion et de limpidité s'accompagnant presque toujours d'obstruction nasale.

A ces symptômes peuvent se joindre dans quelques cas rares des démangeaisons du conduit auditif (Obs. VI).

L'accès terminé tout rentre à peu près dans l'ordre. Mais le répit n'est que momentané. Un autre survient séparé du premier par un intervalle très variable selon les sujets. Le retour des phénomènes est très souvent sous la dépendance de circonstances extérieures, bien déterminées, que le malade peut éviter quelquefois mais auxquelles il ne peut le plus souvent pas se soustraire.

Les produits de la végétation, en particulier le foin et les fleurs, sont au nombre des causes qui font reparaître les accès. De plus leur action est beaucoup plus intense quand la température est chaude et sèche : en dehors des produits de la végétation, nous devons citer parmi les causes occasionnelles,

la poussière, le vent du midi, les voyages en chemin de fer, la lumière intense.

Dans la mesure où ils peuvent éviter les agents nocifs les malades diminuent la fréquence des accès.

Dans la plupart des cas tout se borne à ces crises d'éternuements que nous venons de décrire, laissant entr'elles des périodes de calme mais jamais de guérison absolue. Les occupations de la vie ne sont pas nécessairement suspendues et l'état général reste ce qu'il était. Parfois ces troubles sont moins bien supportés, les accès ébranlent le système nerveux, laissent après eux de la céphalalgie au niveau des sinus frontaux, de la photophobie et de l'obstruction nasale. Ce dernier symptôme devient très pénible pour quelques malades, amène des troubles de la respiration, interrompt le sommeil, si bien qu'au réveil le malade éprouve un sentiment de lassitude, de dépression psychique, d'abattement, que vient accroître dans la journée le retour des accès.

L'affection peut revêtir une forme plus pénible par l'adjonction de symptômes bronchiques, qui se surajoutent aux autres chez un petit nombre de malades (1/7 environ). Les accès d'éternuements débutent, puis diminuent et sont remplacés par de la gêne respiratoire et de l'oppression bronchique parfois intense. En un mot, ce sont des crises d'asthme qui font suite aux éternuements et augmentent d'intensité pendant que les autres symptômes s'atténuent. Leur durée peut être quelquefois assez longue et leur intensité considérable. Le malade, incapable de

garder le lit, s'asseoit sur une chaise, s'accoude à un meuble, attendant avec anxiété et angoisse la fin de la crise. La poitrine est sonore, et l'auscultation permet quelquefois de percevoir des râles sibilants généralisés. Cette forme est incontestablement plus grave que la précédente et entrave quelque peu la santé générale.

Il est important de faire remarquer que ces crises d'asthme sont toujours précédées de crises d'éternuements, qu'elles apparaissent généralement pendant le jour et qu'en dehors de la période d'été il n'en existe pas la moindre trace.

Pendant une période d'un mois environ, de trois semaines, quelquefois moins, quelquefois plus, ces accès peuvent se répéter avec leurs caractères, tantôt uniquement oculo-nasaux, tantôt avec les symptômes bronchiques. Ils n'apparaissent que pendant le jour et généralement n'ont pas de régularité dans le moment de leur apparition, pouvant survenir à toute heure de la journée et laissant entr'eux des périodes de calme relatif dont la durée est très variable.

Symptômes objectifs. — Nous n'avons à parler que des modifications qu'on peut observer dans l'état des fosses nasales, aucun autre organe ne présentant rien qui puisse faire l'objet de constatations objectives.

On a soutenu que tous les sujets en pleine période d'accidents présentaient quelque lésion nasale, point de départ des phénomènes. En réalité, il n'existe

rien de spécial, et dans les 42 observations qui suivent, et où les fosses nasales ont été examinées, on les trouve tantôt normales, tantôt avec une altération quelconque, entraînant de la sténose. Voici par ordre de fréquence les altérations constatées : l'hypertrophie des cornets inférieurs, la déviation de la cloison (luxation du cartilage ou éperon), hypertrophie polypoïde d un cornet moyen, oblitération des choanes, par hypertrophie de la queue des cornets ou végétations adénoïdes, polypes, pédiculés et mobiles.

En réalité, il n'existe aucune lésion pathognomonique.

Coryza spasmodique.

Le coryza spasmodique, pas plus que l'asthme des foins, ne s'observe à l'hôpital. Seuls les gens de condition aisée en sont atteints; nous remarquons même que l'aristocratie lui paie un plus large tribut que les autres classes.

Voici comment se déroulent les symptômes :

Sous une influence connue ou seulement soupçonnée, le sujet, d'ailleurs en pleine santé, éprouve quelques sensations intra-nasales, quelques picotements suivis d'éternuements, d'abord isolés, puis s'appelant les uns les autres, devenant de plus en plus fréquents, de plus en plus violents. Un flux séreux abondant s'écoule du nez augmenté par la sécrétion lacrymale qui prend une proportion inusitée. Le nez s'obstrue et la respiration nasale

devient difficile. Les éternuements cessent, puis reparaissent, la sécrétion nasale suit ces variations, cela pendant une durée très variable, tantôt deux ou trois heures, tantôt plus, tantôt moins.

Puis les éternuements cessent et avec eux tous les autres symptômes qui peuvent disparaître avec la même soudaineté qu'ils étaient venus. La sécrétion nasale se tarit quelquefois subitement et l'obstruction nasale disparaît.

Quelquefois le sujet ressent quelques douleurs frontales, un peu d'agitation troublant le sommeil souvent à cause de la sténose nasale, un certain degré d'abattement au réveil lorsque les symptômes durent plusieurs jours. Dans aucun cas nous n'avons noté de fièvre.

Plus récemment on a signalé (Joal) l'apparition de troubles laryngés venant s'ajouter aux symptômes habituels. Ils consistent dans de la congestion ou de la parésie, d'origine réflexe, des cordes vocales.

Mais comme dans l'asthme des foins les crises ne se terminent pas toujours d'une façon si simple et présentent comme complément indispensable chez certains sujets des symptômes bronchiques, tantôt légers mais d'autres fois très intenses. Les symptômes nasaux s'atténuent tandis que les crises d'asthme se développent et bientôt dominent la scène.

Il n'y a pas de régularité dans la durée des phénomènes, et le retour est presque toujours sous la dépendance d'une cause extérieure le plus souvent

bien connue des malades qui ont des accès fréquents. Parmi ces causes extérieures celles que l'on retrouve avec la plus grande fréquence sont les mêmes que nous avons exposées au chapitre de l'asthme des foins ; les mêmes circonstances en rendent l'effet plus actif. Le séjour aux champs, les promenades dans les jardins provoquent les accès. Nous retrouvons également des sujets qui prennent du coryza spasmodique en faisant un voyage en chemin de fer et les crises sont plus intenses alors que la température est chaude, le soleil brûlant. Le vent du midi avec les poussières qu'il soulève produit les mêmes troubles tandis que la pluie les fait disparaître.

Les odeurs ont surtout la part prédominante dans ces causes ; on retrouve, soit des des plantes fraîches, soit au contraire desséchées. Le foin fraîchement coupé ou sec, les plantes aromatiques, la rose, le lis, le muguet, la lavande. Puis des poudres pharmaceutiques, le lycopode, le camphre, l'ipécacuanha, la poudre de riz, la poudre d'héliotrope, de simples poussières, etc., etc. En un mot le rôle prépondérant appartient aux poussières odorantes.

Les attouchements pratiqués au niveau des orifices du nez peuvent entraîner les mêmes faits. On a cité des sujets chez lesquels il suffisait d'un coup sur le nez (Obs. IX), de l'introduction du spéculum, de sentir sur la figure la respiration d'une personne étrangère pour donner immédiatement lieu à tous les accidents.

Mais parmi toutes ces causes il en est qui sont communes à presque tous les sujets (soleil, poussières), tandis que d'autres sont particulières à chacun d'eux (odeurs).

Quelquefois chez les sujets impressionnables, le souvenir des causes qui produisent les accès suffit à les rappeler immédiatement. On cite partout le cas de cette jeune fille qui en voyant au Salon un tableau (probablement de l'école impressionniste) représentant une coupe de foin prit un accès paroxystique. Mac Donald rapporte qu'une autre prit également un accès en voyant une rose artificielle.

Mais nous croyons devoir ajouter que l'ingestion des aliments peut produire le coryza spasmodique avec tous ses caractères distinctifs. L'observation que nous rapportons se rattache à cette catégorie de faits.

(Obs. I) personnelle. — Un fonctionnaire d'administration, de souche arthritique, obèse, puis plus tard diabétique, voit apparaître pour la première fois, vers l'âge de 40 ans, une éruption d'urticaire à la face et au cou, après avoir mangé des fraises.

L'éruption d'urticaire s'accompagne d'éternuements paroxystiques d'une violence considérable, d'une rhinorrhée séreuse extrêmement abondante et de larmoiement. Ces symptômes durent environ 3 ou 4 heures puis disparaissent.

Ayant reconnu la cause de ces accès dans l'ingestion des fraises, il s'abstint désormais de ce fruit. Cette susceptibilité qui *avait fait son apparition dans l'âge mûr, disparut à un âge plus avancé*, et vers l'âge de 50 ans il n'en existait plus de trace.

Son oncle maternel présentait des mêmes phénomènes en

mangeant des cerises, et une cousine germaine en mangeant de l'oseille, soit fraîche, soit préparée.

On a cité des exemples de ce genre, mais ils sont rares et isolés.

Le retour des accès, étant sous la dépendance des causes citées, il peut présenter de grandes variations, selon la fréquence et la façon dont on s'expose à leur influence. Quelquefois la réapparition peut prendre un caractère de régularité factice si les sujets s'exposent à intervalles égaux aux influences causales.

Nous en voyons quelques exemples dans les observations qui suivent. Un jeune homme (Obs. II) qui allait à la campagne tous les dimanches, prenait des accès régulièrement hebdomadaires, une sorte de *coryza dominical.*

Chez d'autres c'est seulement une fois par an et à la même époque (Obs. III, Obs. IV), que les troubles réapparaissaient.

Deux sujets ne pouvaient aller chez leur belle-mère (Obs. V et VI) sans prendre des accès qui ne réapparaissaient qu'à cette occasion. Ils en cherchèrent longtemps la raison jusqu'au jour où ils purent reconnaître que c'était pour l'un le camphre répandu à profusion dans les appartements, pour l'autre l'odeur du lycopode dont on poudrait son enfant qui résidait là et qu'il allait voir.

En ce qui concerne la durée des phénomènes, elle est essentiellement variable. Tantôt courte, de quel-

ques heures seulement, elle peut être plus considérable, selon que l'on s'est plus ou moins longtemps exposé aux influences nocives. Il y a donc de grandes différences d'un sujet à l'autre, tantôt deux ou trois heures, tantôt douze heures, tantôt 48. Mais si la cause persiste longtemps, et que le sujet ne puisse s'y soustraire, la période d'accès est également très longue.

C'est ainsi qu'un droguiste (Obs. IV) qui recevait tous les ans un envoi de roses de Provins, dont on enlevait le pistil, avait ses accès tous les ans, et ils duraient aussi longtemps que cette opération, c'est-à-dire un mois et demi environ. Un coiffeur (Obs. III) qui pendant le carnaval poudrait les coiffures de dames à la poudre d'iris avait des accès qui revenaient et disparaissaient pendant deux mois et demi, laissant entr'eux des symptômes tels que ceux que nous avons relevés dans l'asthme des foins : de l'obstruction nasale et du larmoiement.

Nous voyons déjà dans l'exposé des phénomènes combien on trouve de ressemblance dans ces deux affections et que les arguments que l'on a fait valoir pour les séparer perdent de valeur.

La périodicité est en effet un des caractères qui ont le plus influé pour établir l'unité de la fièvre des foins. Le retour à une époque de l'année en dehors de laquelle il n'était pas observé la moindre trace de l'affection contrastait singulièrement avec l'irrégularité du coryza spasmodique apparaissant et disparaissant subitement à toute époque de l'année

sans être prévu laissant entre ses diverses manifestations des intervalles irréguliers.

Mais il est déjà facile pe voir que la régularité de l'asthme des foins n'est pas inhérente à l'affection mais sous la dépendance des causes dont le retour est soumis aux lois de la périodicité.

On ne l'observe qu'une fois dans l'année parce que l'été ne commence qu'une seule fois avec tout son cortège d'agents innombrables qu'il fait éclore. Il n'y a pas, comme on l'a dit « nécessité absolue » dans l'apparition de l'asthme des foins, et si on pouvait se soustraire aux nombreuses influences ou à celle qui possède l'action nocive, on se soustrairait à leurs conséquences.

Ne voyons-nous pas que le coryza spasmodique peut lui aussi prendre des allures périodiques si l'individu s'expose régulièrement aux causes auxquelles il est susceptible.

On a aussi insisté sur l'évolution de la maladie dans les deux cas et opposé à la durée de l'asthme des foins, la fugacité des accidents du coryza spasmodique. On a cru voir dans l'asthme des foins une sorte de maladie cyclique à « évolution lente et à *marche régulière* » (Leflaive), tandis que la seconde pouvait apparaître et disparaître dans des délais les plus variables. Mais de l'examen de cas de coryza spasmodique il résulte que la durée des symptômes était également déterminée par la durée de la cause. Nous avons vu dans l'observation IV les accidents durer pendant un mois ; et dans l'observation III

plus de temps encore, pendant toute la période du carnaval. Entre ces cas et les cas les plus typiques d'asthme des foins, il est impossible de voir la moindre dissemblance, la maladie est constituée par une série d'accès spasmodiques séparés par des intervalles de repos.

A notre avis c'est l'accès lui-même avec ses caractères qui constitue l'affection. Qu'il se produise à Pâques ou à la Trinité, qu'il dure 48 heures ou un mois, qu'il soit à la poudre de camphre, à l'odeur des roses ou aux émanations printanières, du moment qu'il reste toujours identique à lui-même il doit à lui seul spécialiser l'affection parce qu'il la constitue à lui seul.

ETIOLOGIE

Voici les circonstances au milieu desquelles s'observe l'affection.

ASTHME DES FOINS

Sexe.— On admet que les hommes sont plus prédisposés, les statistiques accusent une prédominance de 1/3 en sus, 38 hommes et 23 femmes (Mackenzie). Phœbus Wyman et Beard donnent dans leur statistique 433 hommes et 142 femmes. Pour notre compte sur un total de 42 cas nous trouvons 25 hommes et 17 femmes.

Age. — Dans l'adolescence l'asthme des foins se rencontre fréquemment et beaucoup de malades qui viennent consulter à l'âge mûr font remonter le début de l'affection à l'âge de la puberté. Dans un cas (Obs. XIII), l'affection a débuté à huit ans. Au-dessus de 50 ans, nous n'avons pas eu l'occasion de l'observer. Outre qu'elle ne débute jamais à cet âge

là, elle présente chez les sujets qui en sont atteints une tendance à disparaître ou à s'atténuer.

Race. — On a cru un moment que l'affection était spéciale aux Anglais et aux Américains, on sait aujourd'hui que tous les peuples de l'Europe peuvent en être atteints. On la rencontre aussi en Afrique même chez les nègres (Jh. Mack.), mais en Australie elle n'existe pas (M. Donald).

Milieu social. — De longue date on a reconnu que la classe aisée était seule atteinte. Tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont signalé cette existence presque exclusive chez les bourgeois. Nous ajoutons pour notre part que l'aristocratie a une place importante dans la statistique et que proportionnellement à son chiffre elle y figure pour une large part. Selon le public le nez aquilin est plus prédisposé, ainsi s'expliquerait cette prédominance de l'aristocratie (M. Donald).

Il n'est pas exact que la maladie ne s'observe que chez les citadins. Les gens de condition aisée qui habitent la campagne y sont sujets ; ce que l'on doit dire, c'est que les paysans qui se livrent aux durs travaux des champs en sont exempts.

Diathèse. — Il est indiscutable qu'elle apparaît dans la grande majorité des cas. Tantôt l'asthme des foins est uni aux grandes manifestations de l'arthritisme (rhumatisme, goutte, diabète, obésité), d'autres fois la diathèse a existé chez les ascendants et se traduit chez les sujets examinés par quelques troubles pa-

thognomoniques quoique peu intenses (migraines, éruptions furonculeuses).

Cette diathèse permet d'expliquer la localisation de l'asthme des foins aux gens aisés qui sont tous arthritiques au sens large du mot.

Hérédité.— On a également parlé de l'hérédité de l'asthme des foins. Il est en effet commun de voir l'affection atteindre plusieurs membres de la même famille, le père et le fils.

Pour nos observations, sur 42 cas, nous avons rencontré six fois l'asthme des foins chez les ascendants directs. Mais nous ferons en outre remarquer que quelques malades atteints de l'asthme des foins avaient parmi leurs parents des gens atteints de coryza spasmodique (Obs. VI, XXIV).

On a voulu expliquer l'hérédité de l'affection par la transmission d'une forme spéciale des cavités nasales, d'une conformation anormale ou d'une disposition vicieuse de la membrane de Schneider (Moure). Nous préférons en voir la raison dans l'hérédité de la diathèse.

Lésions nasales. — Bien que celles-ci aient été considérées par quelques auteurs comme le principal facteur de l'affection, aucune statistique n'est venue fournir aux théories l'élément expérimental qui leur est pourtant indispensable.

Dans 42 cas, nous avons rencontré parmi les malades atteints de la forme oculo-nasale, quinze fois les fosses nasales étaient normales, vingt fois présentaient des lésions. Chez les malades atteints de la

forme bronchique avec complications de troubles dyspnéïques, deux fois il existait des lésions et cinq fois il n'en existait pas. Les lésions observées étaient très différentes d'un sujet à l'autre et contribuaient plus ou moins à gêner la respiration nasale.

Parmi les causes qui semblent influer sur la production des accès, il faut citer une foule de circonstances extérieures auxquelles on a tour à tour fait jouer le rôle d'agents causaux. En première ligne il faut citer le pollen des graminées qui depuis Blackley a pris une importance de premier ordre parmi tant d'autres. Il est manifeste, en effet, que chez certains sujets l'apparition de l'affection est en relation avec la respiration de poussières polliniques. Les foins ont été également et à juste titre incriminés. Nous avons trouvé leur influence six fois sur 38 malades. Le foin sec enfermé dans une grange pouvait provoquer le retour de l'asthme des foins même en dehors de la saison estivale. On a ajouté bien des noms à cette liste des agents extérieurs. Voici par ordre de fréquence les agents incriminés et dont l'influence a été le mieux établie. En premier lieu nous devons citer le chemin de fer et le soleil 12 fois sur 38, le foin 6 fois, le passage de l'ombre au soleil 4 fois, les promenades aux champs 4 fois, les roses 2 fois. Les autres malades n'avaient pas saisi la relation de leur affection avec une cause extérieure.

Si à côté de cette énumération des conditions au milieu desquelles apparaît l'asthme des foins, nous

plaçons celles que l'obscurité permet de relever chez les malades atteints de coryza spasmodique, nous voyons que les mêmes facteurs se retrouvent avec la même fréquence.

Dans notre statistique nous trouvons sur 40 cas 20 hommes et 20 femmes.

Les sujets examinés étaient presque tous sans profession, appartenaient à la bourgeoisie ou à l'aristocratie la plus haute. Parmi les professions voici celles que l'on a rencontrées, un médecin, 2 droguistes, 2 notaires, 1 officier, 1 tulliste, 1 coiffeur et 1 boucher.

Une bonne moitié est atteinte de 30 à 40 ans, au delà de 50 ans nous n'avons relevé aucun exemple, le plus jeune malade avait 13 ans 1/2. Les autres étaient âgés de 20 à 30 ans.

La diathèse arthritique paraît être le fond sur lequel évolue l'affection. Nous l'avons reconnue huit fois avec ses grandes manifestations, chez les autres des manifestations de moindre importance. Notons beaucoup de névropathes, de neurasthéniques, de sujets très impressionnables, dont les parents étaient atteints de la diathèse.

L'hérédité de l'affection a été observée 4 fois. Chez le frère ou la mère, des accès identiques étaient observés, de plus nous voyons le père et le fils avoir les mêmes accidents et être susceptibles à la même cause, odeur des moulins, farine de lin, foin sec. Mais chose également importante l'affection paraît se transformer, et si dans les antécédents de l'asthme

des foins, nous avons relevé des cas de coryza spasmodique, dans cette dernière nous notons l'asthme des foins chez les ascendants.

Le chapitre relatif aux causes extérieures permet de reconnaître les mêmes agents que nous avons signalés plus haut.

C'est la température chaude et sèche qui est le plus propice à l'éclosion des symptômes. Signalons également l'influence nocive du chemin de fer. L'altitude au contraire paraît être un obstable à la production des symptômes (Obs. II). Il est probable que dans les montagnes on ne retrouve pas ces causes irritantes que nous avons signalées. L'air est plus frais, le soleil moins chaud et la flore différente de celle de la plaine.

Le séjour aux champs, les promenades dans les prairies, l'exposition aux rayons solaires sont très souvent des circonstances favorables au retour des accès.

Nous devons également signaler l'influence d'un grand nombre de plantes odorantes, parmi lesquelles nous relevons l'odeur des roses, des fleurs de pêcher, du muguet. En dehors de ces produits de la végétation il faut signaler les poudres odorantes, poudre de riz, de lycopode, d'héliotrope, l'odeur de bitume, de camphre, d'ipécacuanha, les émamations animales.

En réalité, nous voyons que les poudres odorantes sont le plus souvent en cause et que leur action

est encore plus sûre et plus intense quand la température est chaude.

Enfin signalons le coryza spasmodique par ingestion de substances végétales.

Ainsi nous le voyons, à chaque pas nous découvrons des ressemblances plus marquées entre les deux ordres de manifestation, chaque chapitre nous permet de les rapprocher davantage. Nous retrouvons l'identité des causes après l'identité dans les manifestations.

PATHOGÉNIE

Le chapitre dont nous entreprenons l'étude est celui qui dans tous les pays a suscité le plus grand nombre de travaux. Malgré cette multitude de recherches nous pouvons dire que le problème posé ne nous paraît pas résolu.

Non-seulement le désaccord règne entre les auteurs, mais encore les solutions proposées semblent se contredire.

Nous croyons que ces divergences de vues tiennent au désir manifeste de part et d'autre d'édifier une théorie pathogénique avec l'aide d'un seul facteur étiologique.

Malgré leur multiplicité apparente elles peuvent se réduire à quatre : la théorie pollinique, la théorie microbienne, la théorie arthritique et la théorie nasale.

Les voici résumées dans leurs grandes lignes.

Théorie pollinique. — Les premiers auteurs qui ont écrit sur l'asthme des foins étaient pour la plupart atteints eux-mêmes de cette affection. Chacun

d'eux avait relevé chez lui l'influence nocive d'une plante dont la floraison réglait l'apparition des symptômes. Comme la plante nocive variait d'un sujet à l'autre on chercha l'élément commun à toutes et le pollen fut considéré comme l'agent causal le mieux établi. Blackley est l'auteur qui a exposé avec le plus de détails et de la façon la plus scientifique le mode d'action du pollen.

Cette théorie n'est applicable que chez un certain nombre de sujets, car il en est d'autres qui échappent à l'influence du pollen. De plus elle n'explique pas les raisons qui déterminent la maladie chez certains sujets à l'exclusion des autres et pourquoi les plus exposés (gens de la campagne) sont les moins atteints.

Théorie microbienne. — Exposée par Helmolhtz qui découvrit l'existence dans le nez de vibrions. Ceux-ci, hôtes habituels des fosses nasales, devaient acquérir sous l'influence des premières chaleurs une activité qui était la cause des phénomènes. En même temps qu'il découvrait les parasites il apportait le remède à leur opposer: l'injection de quinine dans le nez.

Après lui Patton du Mississipi et Binz ont tenté de renouveler ces expériences.

En France, M. Cornil, sur l'examen de pièces histologiques présentées par M. Chatellier, ne paraît pas éloigné d'admettre cette théorie.

Nous pensons que tant que les micro-organismes n'auront pas été isolés on ne pourra discuter sur

leur rôle pathogénique. Avant de déterminer leur mode d'action, il importe de démontrer leur existence.

La théorie arthritique est l'œuvre de Guéneau de Mussy ; telle qu'elle est exposée par son auteur elle ne nous paraît pas apte à donner la solution du problème. Cependant en faisant jouer le rôle prépondérant à l'arthritisme dans la production des phénomènes, Guéneau de Mussy admet l'influence des agents extérieurs tout en étant très réservé sur leur mode d'action. C'est ce que ne semblent pas avoir retenu ceux qui se targuent de perpétuer et de défendre les idées de Guéneau de Mussy. Dans leur pensée la diathèse est tout et les influences extérieures rien. L'asthme des foins est le produit de l'organisme seul. Afin de n'avoir pas à discuter le mode d'action des agents étrangers à l'organisme, ils ferment les yeux, ne les voyant pas ils en concluent qu'ils ne doivent pas exister. En un mot ils nient les faits pour échapper à la nécessité de les examiner.

Aussi ils en arrivent à la conception d'une maladie permanente à manifestations périodiques, produit exclusif de l'organisme, maladie salutaire, maladie providentielle.

Il est vrai de dire qu'en exposant ces vues, M. Leflaive paraît avoir pour objectif unique de réfuter à tout prix les théories nasales et de leur ôter un à un tous les arguments, toutes les apparences de raison. Il circonscrit la lutte entre le nez et la diathèse et se constitue le vaillant champion de celle-ci.

On n'a pas de grands efforts à faire pour montrer que cette théorie ainsi exposée ne rend pas compte du mode d'action des agents extérieurs dont l'influence est un fait d'observation indéniable. De plus elle nous amène à une conception inadmissible sans cesse contredite par l'observation.

Théorie nasale. — Celle-ci ne doit pas être jugée en bloc. Si bien des auteurs admettent l'influence du nez dans la production des phénomènes, ils n'expliquent pas tous de la même façon comment il intervient.

Daly (1862), qui le premier a étudié la question, rattache ces troubles à l'existence d'une *lésion* nasale. Celle-ci en comprimant les extrémités nerveuses de l'intérieur vers l'extérieur leur donne une sensibilité anormale. D'autres pensent que l'hypertrophie et la turgescence, en augmentant la surface d'impression accroissent son irritabilité (Isch Wall).

Cependant cette théorie n'est applicable qu'aux cas où l'on rencontre des lésions. Il faut bien reconnaître que même avec les meilleures dispositions il n'est pas toujours possible d'en découvrir la moindre trace.

D'autres auteurs pensent que tous ces symptômes sont dus à l'existence dans le nez de zônes hyperesthésiques dont l'excitation produirait les phénomènes. Leur siège n'est pas bien établi, tantôt on les localise au niveau du septum en face du cornet moyen (Sajous), tantôt dans la portion antérieure innervée par l'ethmoïdal (Sandman). Certains au-

teurs (Moure, Ruault) admettent qu'on peut les rencontrer dans toute l'étendue des fosses nasales.

Que l'on admette comme cause une lésion nasale, ou une zône hypéresthésique, on conclut dans les deux cas que la raison des phénomènes réside dans le nez et qu'elle est due à une hypérexcitabilité de la muqueuse.

Tout en admettant que les symptômes ont leur point de départ dans une excitation portée au niveau de la muqueuse nasale, certains auteurs pensent que la raison des phénomènes ne doit pas résider là. Ainsi Jh. Mackenzie la fait dépendre d'une altération fonctionnelle des centres sécrétoires et Sajous partage son avis. Sous l'influence d'un trouble de type adynamique, dit-il, les centres nerveux qui président aux actions physiologiques de la région respiratoire perdent tout pouvoir de contrôle. La surveillance qu'ils doivent exercer se supprime. « Il en résulte une cessation des fonctions inhibitoires, qui se traduit par un ensemble de symptômes semblables à ceux que l'on observe après la section du ganglion spléno-palatin et du sympathique cervical. »

Voilà réduites à leur grande ligne les théories qui ont eu cours dans la science. Il n'en est pas une qui ait rallié tous les suffrages qui soit universellement admise. Déjà en les parcourant nous avons vu les critiques que soulevait l'examen de chacune d'elles.

Avant de proposer une théorie et de rechercher

quel enchaînement unit les phénomènes entr'eux, comment la cause se relie à l'apparition des accidents, il est nécessaire d'examiner ces accidents en eux-mêmes et d'en déterminer s'il est possible la signification.

Déjà au précédent chapitre nous avons démontré que les manifestations symptomatiques étaient identiques dans l'asthme des foins et dans le coryza spasmodique.

Nous pouvons aller plus loin et dire qu'elles se réduident à trois symptômes primordiaux : éternuement, larmoiement, rhinorrhée, auxquels vont s'adjoindre quelquefois un quatrième, l'asthme.

Le premier groupe comprend manifestement des phénomènes d'ordre réflexe, susceptibles d'être reproduits par des excitations mécaniques et pouvant tous les trois être provoqués par l'irritation de la muqueuse nasale.

Mais l'asthme est-il un phénomène reflexe? Ici la réponse est moins sûre, la preuve moins évidente. Cependant quelques auteurs n'hésitent pas à répondre affirmativement, et nous devons avouer que, bien que la question ne soit pas tranchée d'une façon définitive, les travaux de médecine expérimentale semblent devoir leur donner raison. Les physiologistes (1) voient dans l'asthme un spasme bronchique. L'origine réflexe en est tout aussi prou-

1. Fr. Frank. *Arch. de phys.*, 1889.

vée, et dans bien des cas le point de départ est dû à une irritation nasale (1).

Trouverons-nous dans les données de l'étiologie, dans l'observation des faits, éclairés par les recherches d'ordre expérimental, les éléments nécessaires à l'édification d'une théorie capable d'expliquer les particularités des phénomènes et assez générale pour les englober tous?

Dans ces recherches, le sort des diverses théories pathogéniques doit nous servir d'enseignement et nous mettre en garde contre la tendance naturelle de l'esprit à accorder à un seul facteur une influence exagérée. Il faut que la théorie tienne compte de toutes les circonstances qui entourent l'éclosion des phénomènes, aussi bien que du terrain sur lequel ils évoluent.

Tâche difficile s'il en fût au milieu de la diversité et de la multiplicité des causes que celle qui consiste à fixer à chacune son rôle dans la production des faits à saisir, par quelle succession de phénomènes elles produisent les accidents qu'on leur attribue.

Pour la mener à bien, nous ferons notre profit des recherches entreprises dans le même sens. Nous utiliserons les conséquences des théories déjà exposées, convaincus que chacune d'elles contient une

1. Rappelons les expériences de Julius Lazarus (*Arch. fur. phys.*). Il curarise et trachéotomise un chien, fait la respiration artificielle. Si on irrite les cornets on constate une résistance des bronches à la pénétration de l'air. La section des vagues amène la suppression de ces faits. L'irritation périphérique les reproduit.

part de la vérité. Loin de s'exclure elles doivent à notre avis se prêter un mutuel appui, se compléter l'une l'autre. Peut-être dans leur conciliation trouverait-on l'explication que chacune ne peut fournir isolément.

Déjà nous avons fait remarquer plus haut que tous les gens atteints appartenaient à la diathèse neuro-arthritique.

Et dans cette classe nous englobons non pas seulement les individus à grandes manifestations, telles que le diabète, la goutte, l'obésité, mais aussi tous les nerveux, tous les surmenés, tous ceux en un mot qui impriment à leur système nerveux une activité excessive.

Or, la clinique nous apprend que tous les individus appartenant à cette catégorie sont des gens éminemment susceptibles à l'influence des agents irritants. C'est chez eux que l'on relève les idiosyncrasies, que l'on retrouve ces phénomènes réflexes dont l'effet est en disproportion avec la puissance irritative des agents extérieurs. C'est chez eux que l'on rencontre l'urticaire, cette réaction de l'organisme traduisant par des phénomènes d'ordre vaso-moteur l'excitabilité anormale des centres.

C'est chez eux enfin que l'on trouve la susceptibilité aux odeurs, aux poussières, aux agents extérieurs, se traduisant par les symptômes observés dans l'asthme des foins et le coryza spasmodique.

On sait que les substances qui produisent l'urti-

caire varient d'un sujet à l'autre, il en est de même dans le coryza spasmodique. Il ne faut pas croire que la même cause soit nécessaire pour produire des phénomènes identiques, que la susceptibilité à une substance aromatique soit égale chez tous les sujets. C'est pour ne pas s'être pénétrés suffisamment de cette idée que les partisans de la théorie arthritique niaient l'influence des agents extérieurs parce que les substances incriminées étaient différentes dans chaque cas.

Ce rôle des agents extérieurs est trop bien établi par l'observation des faits pour qu'il soit possible de le mettre en doute. Mais il est permis de rechercher par quel mécanisme ces agents se mettent en relation avec l'organisme; comment ils se combinent avec la diathèse dans la production des phénomènes. Par quelle partie du corps vont-ils atteindre l'organisme et se mettre en relation avec les centres nerveux?

Nous sommes amené à penser que la muqueuse nasale la plus sensible, la plus accessible aux influences du dehors, doit être la surface qui reçoit pour les porter aux centres les impressions périphériques, en d'autres termes, les symptômes observés *sont des phénomènes réflexes à point de départ nasal.*

Cette formule va-t-elle suffire à expliquer le mode d'action de toutes les causes dont nous avons relevé l'influence dans le chapitre précédent? Les faits cliniques répondent-ils à cette façon de voir? Passons-les rapidement en revue.

En premier lieu, nous ferons remarquer qu'ainsi s'explique le rôle des poudres odorantes qui constitue le facteur le plus répandu et le plus manifeste.

Ici, en effet, il y a une double impression, olfactive et mécanique. La susceptibilité aux odeurs est accrue des effets de l'irritation mécanique.

Laquelle joue un rôle prépondérant de ces deux causes, d'ordre sensitif et sensoriel? Nous ne cherchons pas à le déterminer, mais elles s'unissent et se combinent.

D'autres causes viennent encore augmenter l'intensité de l'irritation. L'action du soleil dont nous avons relaté les effets est également explicable. La sécheresse des cornets qu'elle occasionne les rendant plus sensibles et plus excitables.

Toutes ces causes s'unissent, nous les voyons combinées dans les voyages en chemin de fer, dont l'action nocive ne s'exerce que dans la saison chaude. C'est ainsi que ces influences s'unissent pour accroître leurs effets. On voit qu'elles agissent toutes dans le même sens, qu'elles accumulent pour ainsi dire leurs efforts et tendent vers le même but.

Les lésions nasales doivent être considérées comme une de ces circonstances adjuvantes qui vient accroître l'intensité des influences extérieures, et qui sont une source surajoutée d'irritations. A elles seules elles ne nous paraissent pas capables de produire les symptômes; elles sont d'ailleurs insuffisantes à expliquer la soudaineté des accidents et

leur retour manifeste à l'occasion d'une cause déterminée.

Voilà à notre avis le rôle que l'on doit attribuer à la muqueuse nasale dans l'enchaînement des phénomènes. C'est la surface où viennent aboutir les irritants extérieurs pour atteindre le système nerveux, c'est l'appareil récepteur par l'intermédiaire duquel l'organisme est relié aux influences extérieures.

Dans tous les cas que nous venons de citer la relation entre la cause et l'effet par l'intermédiaire de la muqueuse nasale est parfaitement saisissable, mais il en est d'autres où ce mode d'impression direct ne peut être découvert. Nous voulons parler de ces accès d'éternuements survenant sous l'influence des rayons lumineux, sous l'influence d'une émotion, d'un trouble psychique, d'une absorption par la voie gastrique.

L'origine réflexe des accidents est ici moins apparente et toujours est-il que la muqueuse nasale paraît y être étrangère. Mais si nous considérons que sans perdre leur caractère d'actes réflexes, ces phénomènes cités comme tels peuvent survenir par suite d'impression de divers organes, nous en conclurons que les accès par influence étrangère à la muqueuse nasale sont en tout comparables à ceux-ci.

De même que le vomissement peut être provoqué aussi bien par les attouchements de la luette que par l'irritation de l'estomac, la vue ou le souvenir d'un objet répugnant, les accès paroxystiques sus-

cités par des influences étrangères à la muqueuse nasale conservent leur caractère de réflexe quelle que soit la voie centripète qui les a conduits.

Bien plus, pour certains auteurs, la muqueuse nasale entrerait en jeu même dans le cas où le point de départ de l'impression a lieu sur un organe éloigné. La vue des foins ou l'absorption des médicaments à leur avis agirait en produisant une modification dans la muqueuse nasale (turgescence) qui réagirait à son tour pour produire les accès. Dans tous les cas ces impressions viendraient se rapporter à la muqueuse nasale.

Cette façon de voir a été démontrée exacte à propos des excitations lumineuses. L'éternuement produit sous l'influence des rayons solaires n'est pas dû à l'excitation des nerfs ciliaires qui étaient considérés comme la voie centripète du réflexe, il est occasionné par une double action réflexe : 1° sécrétion lacrymale par excitation locale ; 2° éternuement provoqué par les larmes dans les cavités nasales (Féré). Il est possible qu'un mécanisme analogue réglemente l'apparition des accès dans les cas que nous venons de citer.

Peut-être même un jour pourra-t-on en obtenir la preuve expérimentale en examinant les cornets d'un sujet prédisposé pour savoir si les modifications de la muqueuse précèdent l'éclosion des symptômes.

Nous avons passé sous silence l'asthme, ce symptôme surajouté qui vient terminer dans quelques cas les accès et leur donner un degré de gravité

souvent considérable. Mac Donald pense que par suite de l'occlusion des fosses nasales, la respiration se faisant par la bouche, entraîne une irritation de la surface pulmonaire, point de départ du réflexe qui se traduit par un spasme bronchique.

Nous pensons que c'est dans le nez aussi que ce symptôme prend naissance par suite d'une modification produite par les éternuements et la congestion nasale. Mais il est peut-être dû en grande partie à l'irritabilité du bulbe et des centres ; comme c'est un phénomène en quelque sorte surajouté il est dû à l'irradiation des excitations qui viennent atteindre les noyaux des pneumo-gastriques.

Bien que la raison de l'excitabilité excessive du système nerveux soit due à des modifications dont nous ne pouvons même pas soupçonner la nature, cette façon d'envisager la marche des accidents donne une explication assez satisfaisante pour l'esprit. Elle permet assez bien de se rendre compte de toutes ces influences qui semblaient contradictoires et inconciliables en montrant comment elles interviennent dans l'enchaînement des faits.

Elle permet de savoir à côté de quelles classes d'affections il faut ranger les faits observés dans les deux cas.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC COMPLICATIONS

Nous ne cherchons pas à exposer le diagnostic différentiel entre l'asthme des foins et le coryza spasmodique, outre qu'il est le plus souvent facile, la distinction n'offre pas grand intérêt.

Cet ensemble symptomatique que nous venons de décrire, commun aux deux ordres de faits, porte avec lui des caractères assez spéciaux pour lui permettre d'être distingué de bien d'autres affections.

On ne pourrait le confondre avec le coryza aigu qui ne présente pas cette soudaineté dans le début des accidents, ces crises paroxystiques, puis cette abondante rhinorrhée séreuse survenant et disparaissant avec rapidité. En un mot, ces trois symptômes associés (éternuements, larmoiement, rhinorrhée), forment un ensemble assez caractéristique pour pouvoir être facilement distingué.

Lorsque les crises s'accompagnent d'asthme, on pourrait en présence de sujets chez lesquels les

symptômes oculo-nasaux ont cédé la place aux symptômes pulmonaires, se croire en présence d'une crise d'asthme vrai. Comme le pronostic en dépend, et la thérapeutique peut être différente dans les deux cas, il importe d'établir la distinction. Aussi devra-t-on rechercher si l'oppression n'a pas été précédée des accès d'éternuement et en déterminer le mode de début. Autant que possible, il faudra s'efforcer d'en trouver la cause dans les circonstances extérieures, tâche qui sera facilitée par la connaissance des agents causaux les plus habituels.

Nous ferions bien le diagnostic avec l'hydrorrhée nasale, si dans cette dernière affection on n'avait fait rentrer des cas typiques de coryza spasmodique. D'ailleurs, on ne s'entend pas bien sur les maladies qui doivent être rangées sous ce titre, nous avons trouvé groupés sous cette dénomination des troubles sécrétoires dus à des polypes du nez, chroniques, permanents, en même temps que des accès paroxystiques. L'hydrorrhée nasale ne nous paraît pas une affection ayant une existence à part.

Le pronostic ne diffère pas que l'on ait affaire à l'une ou l'autre forme périodique ou irrégulière. Il est favorable dans les deux cas, n'entraîne presque jamais de troubles permanents de la santé. Cependant dans quelques cas rares, il est vrai, l'état général peut être assez atteint pour qu'il soit utile de porter remède aux troubles consécutifs. Les nerveux sont les plus péniblement impressionnés. Jamais, sauf dans un cas de Sée, où l'affection avait été sui-

vie de troubles cardiaques graves, on n'a rencontré de symptômes pouvant atteindre la vie du malade.

Le pronostic de l'accès lui-même est quelque peu différent, selon que l'on se trouve en présence de la forme irrégulière ou de la forme périodique. Dans celle-ci il serait légèrement plus favorable et le traitement donnerait des résultats plus durables.

Selon Mac Donald l'existence et la nature des lésions nasales influeraient sur le pronostic des accès. Les plus susceptibles de guérison seraient ceux qui sont liés à l'existence d'une lésion nasale obligeant le courant inspiratoire et expiratoire à passer dans le méat moyen. Moins satisfaisants, quoique apportant une amélioration encourageante, sont les cas où il existe une simple tuméfaction vasculaire sans hyperplasie vraie.

En réalité, dans la statistique que nous donnons au chapitre du traitement, nous ne rencontrons pas une semblable distinction, les formes sans lésions étant tout aussi susceptibles de guérison que les autres.

Il faut cependant signaler une certaine indépendance entre les symptômes dont le pronostic est variable, tandis que les éternuements et les symptômes oculaires et nasaux disparaissent, il peut encore persister l'asthme qui semble être plus tenace et moins accessible aux moyens thérapeutiques.

TRAITEMENT

Les moyens mis en œuvre pour combattre l'affection ont toujours été déduits des causes dont on la faisait dépendre. Aussi les modifications dans le traitement suivent parallèlement l'évolution des idées.

Les partisans de la théorie du pollen cherchèrent les moyens capables de soustraire l'organisme à son influence. Dans ce but ils ont proposé le port d'un masque (Mackenzie), l'obturation des narines, le séjour dans des endroits frais, les voyages en mer ou au pôle nord. Tous ces moyens, on le voit, sont peut être efficaces mais peu pratiques.

Helmolhtz, comme nous l'avons dit plus haut, proposa, en même temps qu'il découvrait les vibrions, de les combattre par les injections de quinine dans le nez.

Lorsque les travaux de Guéneau de Mussy eurent mis en évidence l'influence de la diathèse on pensa qu'il fallait agir sur celle-ci. On préconisa le sulfate

de quinine à l'intérieur, les douches, les bains, etc., etc., sans obtenir de résultats bien encourageants.

Pendant la période des accès, certains médecins bornent leur thérapeutique à diminuer l'irritabilité du système nerveux, on a essayé, entr'autres médicaments, l'assa-fœtida, le valérianate de zinc, qui ne paraissent pas dépourvus de toute valeur.

On retirerait quelques bénéfices des purgatifs salins à petite dose (Moure).

Les remèdes locaux ont été préconisés plus tardivement. Parmi eux il en est quelques-uns qui sont fortement prônés en Angleterre par les sommités médicales.

BOSTON MEDICAL
FEB 17 1902
LIBRARY

Citons le chlorure d'ammonium, la poudre de Ferrier (Ferrier's snuff.), le tabac à priser, les cigarettes de cubèbe, la pipe d'opium, remède aussi agréable qu'efficace.

Certains sujets se trouvent bien de l'emploi de substances chimiques (acide chromique) dont ils pulvérisent une solution dans le nez au moment des accès et réussissent à les arrêter quelquefois.

Le Dr Carl Genth use d'instillations sur la conjonctive d'une solution de sublimé à 1/3000. Ce procédé, au dire de son auteur, suffit à arrêter tous les symptômes.

Dans cette énumération de topiques, nous devons garder une place spéciale pour une substance dont on retire quelquefois de bons effets. Nous voulons parler des pulvérisations d'huile de vaseline qui ont donné quelquefois de bons résultats. Nous pensons

qu'elles contribuent à lubréfier la muqueuse nasale et à atténuer sa sensibilité.

Nous devons citer, en nous arrêtant un moment, un médicament local dont l'emploi a été si répandu ces derniers temps. Nous voulons parler de la cocaïne.

C'est en effet avec elle qu'on obtenait les meilleurs résultats, et qu'on arrêtait presque instantanément les paroxysmes. Mais son action n'est pas constante et n'est pas durable. Pour produire les mêmes effets, il faut augmenter rapidement les doses, ce qu'on ne fait pas sans danger d'intoxication. Aussi certains auteurs conseillent de se tenir en garde contre son usage. Parmi les publications de ce genre citons celle de M. Stickler qui a pour titre ce cri d'alarme « *Beware of cocaïne!* » Méfiez-vous de la cocaïne !

Nous en arrivons à l'exposé du traitement de l'asthme des foins et des accès paroxystiques par les moyens chirurgicaux, traitement qui a soulevé dans la presse médicale un sentiment de réprobation très général. On a protesté avec indignation contre ces manœuvres barbares, on a crié au pillage, à la dévastation, on a demandé grâce au nom de l'humanité et de la dignité de la science.

On avait beau mettre en parallèle les succès obtenus par cette méthode et l'inanité des autres traitements, rien ne put avoir raison de l'obstination.

Pour ne pas se laisser convaincre par les faits on les nia. M. Dreyfus-Brissac dans des termes sans

ambiguité déclare que ceux qui apportent des résultats semblables sont peu dignes de foi.

Cependant en dépit des protestations les cornets ont continué à être brûlés et les malades à guérir. Ils n'étaient qu'un petit nombre, ils sont légions maintenant ceux qui voient dans les cautérisations nasales le seul soulagement à leur souffrance.

De toutes parts les faits de cette nature se multiplient à mesure que cette méthode se généralise.

Dans ce mode de traitement il y a lieu de considérer les malades atteints de lésions nasales et ceux qui n'en ont pas. Quelle conduite faut-il tenir dans les deux cas. Dans le premier l'indication est bien nette, il faut rétablir les fonctions du nez en opérant toutes les lésions observées, supprimer la cause de l'obstruction, qu'elle consiste dans des polypes, dans une déviation de la cloison ou une enchondrome.

Doit-on s'en tenir là et laisser sans traitement les malades de la deuxième catégorie ceux qui n'ont pas d'altération de structure des fosses nasales ? Certains pensent que oui, et d'autres que la cautérisation des cornets peut amener d'excellents résultats, même en dehors de toute lésion. Pour notre part et d'après nos observations fournies par M. le Dr Garel, nous sommes de cet avis. Les résultats des cautérisations sont également favorables dans le cas de lésion, et en leur absence.

En voici l'exposé, d'après les observations citées plus loin :

Asthme des foins.

Avec lésions nasales			*Sans lésions nasales.*	
Nombre des traités. . .	14		23	
Guérison..	2	7	3	8
Amélioration durable. .	5		5	
Amélioration passagère.	1		5	
Résultat nul..	1		2	
Résultat inconnu.. . .	5		8	

Coryza spasmodique.

Avec lésions nasales			*Sans lésions nasales*	
Nombre.	18		15	
Guérison.	3	8	3	8
Amélioration durable.. . .	5		5	
Amélioration passagère. . .	1		1	
Résultat nul	2		1	
Résultat inconnu.	7		5	

Nous avons mis à part les malades guéris, c'est-à-dire ceux chez lesquels après une ou deux séances les symptômes n'ont plus reparu. Dans la catégorie des améliorations durables sont les sujets chez lesquels la cautérisation arrête immédiatement tous les symptômes, mais qui plusieurs mois après ou seulement l'année suivante (pour ceux qui sont atteints de la forme annuelle), reprennent leur susceptibilité à la cause.

Dans les améliorations passagères nous mettons les malades chez lesquels la cautérisation arrête les

symptômes, mais qui les reprennent lorsqu'ils sont exposés à la cause occasionnelle.

Les résultats sont à peu près aussi favorables dans l'un et l'autre cas. Mac Donald pense pourtant qu'ils sont supérieurs dans la catégorie de malades atteints de lésions nasales.

Dans notre statistique d'ensemble nous voyons que plus d'un tiers, 24 sur 70, ont été considérablement améliorés, cela nous amène à une proportion de 34 pour 100 de succès. Mais nous croyons encore que ce chiffre est au-dessous de la vérité, car parmi les 70 malades 25 n'ont pas été revus, on n'a aucun renseignement sur le résultat du traitement ; or, il est inadmissible qu'il ait échoué chez tous, il y a donc là une partie de succès qui n'est pas mentionnée.

Nous croyons donc que cette statistique, loin d'être forcée, est au-dessous de la vérité.

Nous n'avons cité dans les succès que les cas *absolument* favorables mettant à part les cas où l'amélioration n'a été que très passagère.

Les cautérisations employées en ont été superficielles et ont porté dans les cas où il n'existait pas de lésion sur l'étendue du cornet inférieur.

D'autres auteurs pensent que dans ces cas on doit faire des cautérisations très profondes de façon à opérer la destruction du tissu caverneux. Leur manière d'opérer repose sur leur expérience. Ils considèrent en effet l'érection et la turgescence de ceux-ci comme le point de départ nécessaire à tout réflexe.

Pour nous qui, comme on l'a vu plus haut, sommes porté à penser que la muqueuse n'agit que comme surface impressionnée nous pensons que les cautérisations ont pour effet de soustraire celle-ci à l'influence des causes irritatives d'ordre mécanique qui comme on le sait ont une part prépondérante dans la production des phénomènes. Nous répondrons à ceux qui voient dans les cautérisations une thérapeutique brutale et aveugle, qu'à notre avis elle est des plus rationnelles et déduite de la pathogénie. C'est à cette thérapeutique pathogénique que le savant professeur Bouchard nous convie à nous rallier et nous croyons lui en fournir un nouvel exemple. Dans cet enchaînement des phénomènes nous ne pouvons atteindre la cause qui échappe à nos moyens d'action, la diathèse est également très difficile à modifier, mais nous agissons sur un des anneaux de cette chaîne en opposant une barrière en empêchant les premières d'agir sur la seconde.

Ce traitement doit être commencé autant que possible avant l'exposition aux causes des accès. Mais même lorsque les manifestations ont commencé il ne faut pas s'abstenir.

Au galvano-cautère M. Sajous substitue les substances chimiques et les motifs de sa pratique nous paraissent dignes de considération. En raison de la conformation des fosses nasales le galvano-cautère ne peut en atteindre qu'une partie (il est vrai qu'avec son aide on porte les cautérisations sur les zones, reconnues les plus sensibles). Néanmoins pour avoir

une sécurité plus grande il est utile d'agir sur toutes les portions de la muqueuse des fosses nasales traversée par le courant d'air. Aussi une substance chimique pourra plus aisément atteindre ce but.

Sajous donne ses préférences à l'acide acétique cristallisé dont la causticité n'est pas excessive et qui ne risque pas de produire des phénomènes d'intoxication. Les raisons de sa supériorité sont nombreuses. Comme tous les acides il arrête le mouvement des cils vibratiles et annule leur pouvoir de rétention des poussières. Par suite de son affinité pour les cellules épithéliales, il annule pour quelque temps les fonctions physiologiques des nerfs en détruisant les filets terminaux. De plus il coagule la mucosine, tous phénomènes qui concourent au but proposé.

En outre de ces raisons d'ordre scientifique qui nous paraissent très judicieuses, il en est d'autres qui méritent également d'être prises en considération. Il offre l'avantage de ne point frapper l'imagination des malades et d'être moins douloureux que le galvano-cautère.

En résumé il est possible qu'on perfectionne cette thérapeutique nasale, *qu'on délimite les portions à cautériser, qu'on en réglemente tous les détails de façon à la rendre plus efficace*, mais nous pensons quec'est dans cette voie qu'il faut chercher. Les résultats déjà obtenus sont suffisamment encourageants, les observations qui suivent en font foi : leur provenance est une garantie de leur authenticité

qui paraîtra suffisante, même nous l'espérons aux yeux de M. Dreyfus-Brissac.

RÉSUMÉ.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur les pages précédentes, nous voyons comment à chaque pas nous trouvons une raison de plus pour identifier ces deux affections.

Déjà dans le premier chapitre nous avons noté des manifestations symptomatiques semblables en tous points; plus loin nous relevons les mêmes facteurs dominés par les mêmes influences, enfin l'identité des causes et des effets nous a permis d'édifier une théorie unique.

C'est donc avec raison que nous avons pu dire que le coryza spasmodique pouvait éclaircir la nature de l'asthme des foins. Le mode d'apparition de ces accidents dont la relation avec les agents causaux est si manifeste, nous met sur la voie de l'origine réflexe des phénomènes, constatant que la diversité des causes peut produire des effets identiques, nous en concluons que l'asthme des foins reste semblable à lui-même, quelles que soient les influences causales dont il dépend.

L'influence des causes extérieures bien démontrée, le mécanisme des faits bien établi, il est facile de voir que les deux affections ne diffèrent pas; que si l'une est périodique l'autre irrégulière, c'est que les agents causaux sont soumis aux lois de la pério-

dicité dans le premier cas et apparaissent sans régularité dans le second.

Qu'importe la nature de la cause excitante, qu'importe le moment de son apparition, les phénomènes conserveront toujours leur signification et leur valeur.

On voit combien nous sommes éloigné de la théorie qui niant l'influence des causes extérieures dans la production des phénomènes, considère ceux-ci comme la manifestation d'un état dyscrasique, d'une réaction de l'organisme, comme une crise aiguë et périodique d'une maladie latente et continue. Il nous paraît plutôt qu'il n'y a pas de maladie au vrai sens du mot mais seulement dans les deux cas un ensemble de phénomènes réflexes produits ou entretenus par des circonstances extérieures qui leur impriment leurs caractères de durée, d'intensité et de périodicité.

Il serait préférable d'abandonner les anciennes dénominations, même celle d'asthme des foins que nous avons employée comme étant la plus universellement admise, et de ranger les deux ordres de phénomènes sous une seule. La dénomination de rhino-bronchite ou de coryza spasmodique (Guéneau de Mussy) pourrait servir à désigner tous ces phénomènes de même nature, on distinguerait seulement une forme *périodique* et une forme *irrégulière*.

CONCLUSIONS

1° L'asthme des foins et le coryza spasmodique sont constitués par le même ensemble de symptômes. Le retour périodique et la durée des accès sont des caractères dépourvus de toute valeur pathognomonique.

2° Ces deux affections qui ne diffèrent pas dans leur forme ne diffèrent pas non plus dans leur nature. Elles sont dominées par les mêmes influences étiologiques (diathèse, agents irritants) et relèvent de la même pathogénie.

3° Dans les deux ordres de faits la maladie est constituée par un ensemble de symptômes réflexes dont le point de départ est le plus souvent une irritation de la muqueuse nasale.

4° Les agents susceptibles de provoquer les accidents agissent le plus souvent directement sur la muqueuse nasale elle-même, mais ils peuvent agir sur des organes plus éloignés. Il est possible que dans ce cas ils déterminent une série de réflexes

venant aboutir à une modification de la muqueuse nasale. Celle-ci deviendrait ainsi secondairement le point de départ des accès.

5° Le traitement doit tendre à modifier la diathèse à diminuer l'excitabilité des centres. Mais il sera principalement local et devra chercher à produire une altération des surfaces qui reçoivent les impressions périphériques.

6° On obtiendra ce résultat par les cautérisations de la muqueuse, des cornets, soit avec le galvanocautère, soit avec les substances chimiques (acide acétique cristallisé).

OBSERVATIONS

ASTHME DES FOINS

Obs. I. — M. Doull... de Châlons-sur-Saône, 41 ans, rentier.

Se présente chez le Dr Garel le 8 juin 1888. — Dyspeptique.

Depuis de nombreuses années est atteint régulièrement à chaque printemps au mois de mai de hay-fever. Cette régularité n'a fait défaut qu'une année. Pendant toute la durée du printemps est sujet à des accès spasmodiques qui disparaissent et reviennent sans régularité. La fumée, les poussières, le soleil, le chemin de fer augmentent leur intensité.

Symptômes objectifs. — Nuls.

Traitement. — Cautérisation des deux cornets inférieurs qui ne sont cependant nullement hypertrophiés.

Quelques jours après cette cautérisation amélioration considérable. La sécrétion nasale a repris ses caractères de viscosité et de consistance normaux. A eu seulement un petit accès en juillet avec une coupe de foins en retard.

3 juin 1889. — L'accès a reparu depuis douze jours environ (20 mai).

Nouvelle cautérisation et pulvérisation de vaseline liquide. Le malade écrit au mois d'août « votre médication du coryza des foins regardé comme incurable par beaucoup de médecins, paraît avoir abouti de manière à faire espérer une guérison complète. »

19 mai 1890. — Nouvel accès depuis cinq jours, mais bien moins violent que les années précédentes.

Nouvelles cautérisations et pulvérisations de vaseline au salol.

Mai 1891. — Le malade présente des accès de coryza comme avortés. C'est une forme fruste. Depuis qu'il est en traitement, son coryza s'atténue d'année en année. Les pulvérisations de vaseline liquide sont considérées comme ayant une influence très avantageuse sur son état.

En résumé, le traitement arrête les accès en cours d'évolution et atténue leur intensité pour la saison suivante.

Obs. II. — Mlle S..., 20 ans, très nerveuse.

La mère *était sujette à l'asthme des foins*. Chez la malade les premières atteintes remontent à six ans. Depuis réapparition régulière du 15 au 25 mai.

Le matin éternuements fréquents, cuisson oculaire, larmoiement, puis toux bronchique et oppression. Il existe une période prodromique de huit jours pendant laquelle l'intensité de ces symptômes est peu considérable. La quinzaine suivante le coryza est en pleine intensité, puis période de déclin pendant laquelle les symptômes s'atténuent, la toux et l'expectoration durent encore quelques semaines.

A essayé d'arrêter les accès par des changements de résidence. Les voyages et le soleil les font reparaître. Le séjour en Palestine fut très favorable, car malgré une température très chaude la malade n'eut que deux accès vers la mer morte. A Jérusalem, immunité complète. En pleine mer également.

Dans le midi (Hyères), pas de crises, et les fleurs ont pu être

respirées sans inconvénient, tandis qu'à Saint-Etienne le moindre parfum fait reparaître les crises. Les *altitudes ont parfaitement réussi.* En cela elle ressemble à sa mère qui était également à l'abri des crises sur les hauteurs mais qui était violemment atteinte sur les bords de la mer.

Les saisons d'eaux minérales (Mont-Dore) n'ont produit aucun résultat.

Symptômes objectifs. — Déviation de la cloison à gauche. Destruction de la cloison par électrolyse. Cautérisation des cornets inférieurs et moyens.

Insuccès complet.

Obs. III. — Mme Len..., de Chambéry, 35 ans.

Issue d'arthritiques, est elle-même atteinte de rhumatisme et a ressenti quelques accès de goutte. Après ses couches a été atteinte de phlébite pendant l'allaitement.

Dans le courant de cette année a eu l'influenza. Cette maladie a eu chez elle comme complication un degré assez avancé d'asphyxie locale des trois premiers doigts de la main gauche. La circulation est rétablie mais la sensibilité n'a pas repris toute son acuité et le sens du tact toute sa finesse. Très nerveuse.

Chez elle les accès de coryza des foins datent de 15 ans. Ils apparaissent tous les ans vers le 15 mai, présentent leur caractère habituel et augmentent graduellement d'intensité. De plus ils secompliquent de *crises d'asthme*, d'oppression empêchant le sommeil et interdisant l'usage du corset.

La cause provocatrice des accès paraît être variable, le soleil et le chemin de fer paraissent jouer un grand rôle.

Vient consulter en pleine période d'accès.

Symptôme objectif. — Hypertrophie du cornet inférieur gauche arrivant au contact de la cloison.

Emphysème pulmonaire.

Traitement. — Faradisation des doigts.

Galvano-caustique des deux cornets inférieurs, particulièrement du côté hypertrophié.

Revient le 13 juin très améliorée, une nouvelle cautérisation fait disparaître les symptômes pour toute la saison.

L'année suivante les accès reparaissent avec une intensité moindre. Les cautérisations parviennent à les faire cesser. Elle vient l'été suivant se faire faire des cautérisations préventives.

Obs. IV. — M. Bon..., 17 ans 1/2.

Parents arthritiques. Le père était atteint des mêmes troubles.

Chez lui l'accès de coryza des foins a commencé à l'âge de 7 ans. Pendant le printemps il est sujet à des accès mais pas dans les saisons froides, ces accès apparaissent sous des causes très diverses. Le séjour à la campagne est susceptible de les produire. Pendant la saison chaude il lui suffit d'entrer dans une grange contenant du foin pour les voir reparaître. La pluie calme les accès.

L'odeur du tabac sans produire des accès les aggrave et même en dehors de la saison estivale la fumée chaude amène presque instantanément une obstruction nasale.

Symptôme objectif. — Présente un gonflement des deux cornets inférieurs.

Galvano-caustique bilatérale.

Pulvérisations de vaseline 29 mai 1890.

29 mai. — Le résultat immédiat est favorable. Depuis la cautérisation n'a pas eu d'accès.

Il lui a été possible de se promener librement au milieu des foins.

2 juin 1891. — Le 7 mai est allé à la campagne. Le séjour a provoqué presque immédiatement un accès. Depuis cette époque le coryza des foins a reparu avec ses caractères habituels mais très atténués. Fait les remarques suivantes : l'atmosphère chaude produit immédiatement une obstruction bilatérale. Il lui suffit

d'entrer dans une chambre chauffée pour prendre un accès, si la température est élevée graduellement il ne se produit rien.

On fait de nouvelles cautérisations qui amènent un résultat excellent.

Obs. V. — 11 juin 1892. — M. Boy..., 17 ans.

Diphtérie à 8 ans. Pleurésie plus tard, puis scarlatine en 1891. Ictère simple à plusieurs reprises.

L'asthme des foins a depuis lieu en 1890. Peu intense cette année-là il a augmenté l'année suivante pour augmenter encore en 1892.

La période d'accès est assez longue, elle dure plusieurs mois, début vers le milieu d'avril, les accès se prolongent jusqu'en septembre, cette année ils sont très fréquents. Parmi les causes provocatrices citons le chemin de fer, le passage du soleil à l'ombre et réciproquement de l'ombre au soleil. Retour assez régulier des éternuements le matin au réveil, à une heure en entrant au Lycée et le soir à la lumière.

Symptômes objectifs. — Légère tuméfaction des cornets.

Traitement. — Cautérisation galvanique.

Pulvérisations d'huile de vaseline. Prises de cocaïne.

Juillet 1892. — Dès le lendemain de la cautérisation des cornets, *il y a eu cessation subite des symptômes.* Depuis il lui a été possible de faire une course de 30 kilomètres en bicyclette, au grand soleil et sur une route poussiéreuse. Il n'a ressenti qu'un seul accès.

6 mai 1893. — Le coryza des foins a apparu cette année le 1er mai après une course en bicyclette par un vent très fort. En venant le chemin de fer l'a fortement éprouvé. Nouvelle cautérisation.

Le traitement amène une suppression des crises pour toute la saison.

Obs. VI. — 12 juin. — M. l'abbé P..., 45 ans. Chartreux.

Rhumatisme chez les ascendants, a une sœur atteinte de coryza spasmodique.

La date du début remonte à une quinzaine d'années. C'est surtout fin mai ou début de juin qu'apparaissent les accès. Le séjour aux champs est la cause la plus habituelle. Mais les accès les plus violents ont lieu en chemin de fer. Celui-ci n'agit que pendant la période estivale. Il cite des accès survenus en montant dans le train durant tout le long du voyage et cessant à l'arrivée. Le chemin de fer les produit avec une régularité mathématique, autant de voyages autant d'accès. Détail curieux, il a remarqué que l'intensité des accès est en rapport avec la vitesse du train en marche.

Si le wagon est surchauffé accès instantané. Le soleil suffit à lui seul à les produire. Mais nulle influence n'est aussi puissante que le chemin de fer.

Le temps pluvieux amène une amélioration, les accès s'atténuent ou disparaissent.

En outre des symptômes observés habituellement, il éprouve des *démangeaisons du conduit auditif externe*.

Les fosses nasales ont leur aspect normal. Traitement. Cautérisation galvanique des deux cornets inférieurs. Pulvérisation de vaseline au salol.

18 juin. — Depuis la cautérisation grande amélioration, suppression des éternuements. Mais la semaine a été humide.

1er juillet. — Depuis la deuxième séance a fait un voyage en chemin de fer sans être incommodé.

1891. — Réapparition des accès le 6 juin, leur intensité est moindre que les années précédentes.

Nouvelle séance de cautérisations après laquelle il existe quelques rares éternuements, malgré une température sénégalienne, le vent et la poussière.

Obs. VII. — 16 avril 1889. — Mme Ch..., 48 ans.

Depuis plus de 20 ans est sujette au coryza des foins, qui reparaît régulièrement tous les ans. Depuis 10 ans les accès sont beaucoup plus violents et d'une plus longue durée (3 mois quelquefois). La crise débute par du larmoiement, puis les symptômes nasaux surviennent (Eternuements, rhinorrhée). C'est vers le milieu du mois de mai que débutent les accès. Pendant toute la période de l'été la malade est sujette à des crises à toute occasion et dans toutes les circonstances. Les déplacements n'ont pas eu d'influence heureuse. A la ville, à la campagne dans le midi, dans le nord, les accès reparaissent. Elle en est réduite à garder le lit pendant toute la période estivale.

Symptômes objectifs. — Nuls.

Traitement. — Galvano-caustique superficiel. Poudre d'acide borique à priser.

1890. — La malade revient pour se faire cautériser avant la période des accès. Mais ce traitement préventif est absolument sans résultat.

Insuccès complet.

Obs. VIII. — Mlle Oh..., 16 ans.

L'asthme des foins a débuté il y a un an.

La relation entre les foins et l'apparition du coryza paraît bien nette dans ce cas, la malade a eu une seconde reprise de l'affection en août 1887 à la deuxième coupe des foins.

Cette année-ci les symptômes ont débuté il y a un mois (premiers jours de mai). Quittant l'habitation de la ville pour aller à la campagne, le larmoiement et les éternuements sont survenus 10 minutes à peine le début de la promenade dans les champs. Le nez est congestionné, la rhinorrhée dure quelquefois 2 heures avec une grande abondance.

Symptômes objectifs. — Hypertrophie, extrémité antérieure, cornet inférieur droit.

Traitement. — Cautérisation galvanique intra-nasale spécialement à droite. Prises de cocaïne 0, 30/10 et reniflements d'eau de cologne pure.

15 jours après légère amélioration qui peut être attribuée à la diminution des chaleurs.

Nouvelle cautérisation.

Revue 15 jours après. Tous les symptômes sont arrêtés, la guérison est complète. N'a pas été revue l'année suivante.

Obs. IX. — Mme de Poiv..., 30 ans.

Le père est atteint d'asthme des foins depuis 6 à 7 ans.

Rougeole il y a 7 ans. Depuis cette époque est sujette au rhume des foins.

Les accès débutent généralement au commencement de mai et finissent à la fin de juin. Pendant toute cette période est sensible aux causes diverses, le séjour au soleil, le voyage en chemin de fer, la poussière des appartements, l'odeur des fleurs provoquent des crises.

A l'époque de sa congestion pulmonaire qui coïncidait avec la période de coryza *a eu tous les symptômes atténués* mais pendant toute la saison a gardé la chambre.

Depuis quelques années complication d'asthme.

Symptômes objectifs. — Respiration un peu rude au sommet droit.

Les fosses nasales sont normales.

Traitement. — Cautérisation galvanique intra-nasale.

A la suite de ce traitement le coryza a été arrêté subitement pendant dix jours. La malade pouvait impunément s'exposer au soleil et aux influences irritantes. Mais après dix jours les accès

sont revenus avec l'intensité des années précédentes, surtout les crises d'asthme.

28 avril 1891. — Nouvelle cautérisation et pulvérisation au salol.

15 mai. — Depuis la dernière séance n'a rien éprouvé sauf quelques petits éternuements en descendant de wagon.

Nouvelle cautérisation. Excellent résultat.

Obs. X. — 30 mai 1892. — M. de Me..., 35 ans.

Début à l'âge de 15 ans. Les troubles secrétoires du nez dominaient. « Son nez coulait comme une fontaine ». Depuis les yeux ont été atteints. C'est pendant la période estivale que les symptômes apparaissent.

Le passage du soleil à l'ombre et *vice-versa* produit un accès dont la durée varie entre 1/4 d'heure et une heure de chemin de fer.

Cette année de chaleur très précoce l'affection a débuté le 10 mai. Les premières années il y avait prédominance du catarrhe oculaire, cette année celui-ci est un peu atténué, il y a de la douleur de gorge et *des démangeaisons auriculaires.*

Symptômes objectifs. — Hypertrophie flasque des cornets nférieurs.

Galvanisation caustique-nasale. Les troubles disparaissent ; le malade revient l'année suivante et la cautérisation supprime les accès pour toute la saison.

Obs. XI. — 23 mai 1892. — M. Mag..., 35 ans.

Est sujet au coryza en toute saison depuis 3 ans avec exacerbation très marquée au mois de juin et à l'automne, l'humidité, le soleil, les changements brusques de température font éclore les accès. Le voisinage du foin les produit également. Les symptômes consistent surtout dans de l'obstruction et de l'écoule-

ment nasal douloureux. Les yeux sont injectés depuis cette année seulement.

Symptômes objectifs. — Nuls.

Traitement. — Cautérisation galvanique des deux cornets inférieurs.

Résultat très satisfaisant pendant toute la saison.

Revu l'année suivante, traité de la même façon, les effets sont identiques.

Obs. XII. — M. Fr..., 20 ans.

Grand'père diabétique.

Mère a du rhumatisme articulaire.

Se plaint de ressentir depuis un mois du chatouillement dans le nez qui entraîne de l'éternuement et de l'hypersécrétion nasale. Les mêmes symptômes ont apparu l'année dernière à la même époque, avec surtout éternuements plus marqués. Le soleil ne produit rien. Le séjour aux champs est possible et l'usage de la bicyclette également. Seulement il se produit *régulièrement*, à chaque course, une sensation de cuisson dans les yeux quelques minutes après le départ. Le passage d'un endroit chaud à un endroit froid produit l'éternuement.

Symptômes. — Cornets normaux.

Traitement. — Cautérisations galvaniques.

19 juin. — Les éternuements sont moins fréquents. Nouvelle séance galvanique bilobée.

29 juin. — Amélioration très considérable, disparition de tous les symptômes.

Obs. XIII. — M. Couvert, 9 ans.

Père asthmatique.

Scarlatine en 1891.

En 1892, fit la remarque que des accès d'éternuement, lar-

moiement et d'obstruction nasale, survenaient après qu'il s'était roulé dans les foins. Se rappela qu'il en avait été de même en 1891.

C'est pendant l'été qu'ils surviennent, mais en dehors de cette saison prend des accès de coryza aigu dans le voisinage des moulins. Son père prenait des accès d'asthme dans les mêmes circonstances.

Cette année, a eu son premier accès pendant la première quinzaine d'avril, après un séjour assez prolongé sous un bouleau pleureur. Le soleil les fait reparaître.

Symptôme objectif. — Hypertrophie moyenne des deux cornets inférieurs.

Traitement local. — Galvano-caustique nasale.

1er juin. — Depuis la dernière séance, amélioration notable.

Obs. XIV. — Mme B..., 45 ans.

La malade accuse un coryza dont le début remonte à deux ans. Elle mouche constamment une sécrétion épaisse très abondante, localisée à la narine gauche.

De plus au mois de mai pendant son séjour à la campagne, est prise d'accès aigus avec larmoiement.

Symptômes objectifs. — Hypertrophie polypoïde de l'extrémité antérieure du cornet moyen du côté gauche.

Traitement.— Galvano-caustie des cornets inférieurs et moyens. Quelques jours après, ablation à l'anse galvanique de l'extrémité antérieure du cornet moyen gauche.

Au mois de mai 1888, en s'occupant de jardinage, prend des accès aigus. Le petit jardin est entouré de foin. A chaque visite de l'enclos prend un accès qu'il est rationnel d'attribuer au voisinage du foin.

Les cautérisations amènent une amélioration qui ne se maintient pas.

Obs. XV. — Mme Mouz..., 40 ans. Rentière.

Très nerveuse. Se plaint de cracher du sang, d'avoir une sensation de sécheresse et des mucosités dans son naso-pharynx. Céphalées fréquentes.

Indépendamment de ces symptômes qui sont constants présente subitement en été des accès de coryza avec sécrétion liquide très abondante.

Ces accès paraissent avoir pour cause la présence des poussières de l'atmosphère et surtout la poudre de riz. Elle en a suspendu l'usage. Les fleurs impressionnent désagréablement la malade.

Symptômes objectifs. — Hypertrophie considérable des deux cornets inférieurs.

Traitement. — Cautérisation galvanique. Ablation de l'extrémité antérieure à l'anse.

Avril. — Le cornet inférieur droit est seul hypertrophié. Les symptômes se sont amendés. Les accès d'éternuement ont à peu près disparu, il n'y a plus d'écoulement brusque ni de quintes.

8 juin. — *Guérison complète.*

Obs. XVI. — 5 juin 1889. — Mme Fill..., rentière, 48 ans.

Le coryza des foins a débuté à l'âge de 17 ans. Il reparaît régulièrement tous les étés depuis cette époque, vers la fin avril ou le commencement de mai. Depuis 4 ans se complique de symptômes bronchiques.

Symptômes objectifs. — Nuls.

Traitement. — Galvano-caustique nasale. Résultat inconnu.

Obs. XVII. — 19 juin 1889. — M... P..., 37 ans.

Accuse des douleurs vives à l'anus qui sont dues à une fissure.

Son coryza des foins a débuté il y a 5 ans. Il apparaît régulièrement le 15 mai. Aux symptômes habituels viennent se joindre

des complications bronchiques, de l'expectoration et de l'oppression.

L'examen des poumons dénote de l'emphysème.

Symptômes objectifs. — Fosses nasales normales.

Traitement. — Cautérisation des cornets.

Résultat inconnu.

Obs. XVIII. — C. de L..., 45 ans.

Début de l'affection il y a plusieurs années.

Chaque printemps amène un accès de coryza, qui coïncide régulièrement avec l'époque de l'*éclosion des roses.*

Le séjour au grand soleil, ainsi que les voyages en chemin de fer, exagèrent l'intensité des symptômes.

Au moment où la malade se présente, le coryza dure depuis déjà un mois, le nez est rouge, volumineux, les yeux injectés et larmoyants.

Symptômes objectifs. — Nuls.

Traitement. — Cautérisation galvanique intra-nasale. Une seule séance suffit *pour arrêter immédiatement* le coryza qui n'a plus reparu depuis.

Ob. XIX. — 23 mai 1889. — M. Ray..., 11 ans et demi.

La respiration nasale est très gênée, la moindre variation de température entraîne une angine considérable gênant fortement la déglutition.

En mai 1888 présenta le premier accès de coryza des foins. Le séjour à la campagne en fut le point de départ.

Symptômes objectifs. — Hypertrophie amygdalienne. Végétations adénoïdes.

Traitement. — Cautérisations amygdaliennes. Extraction des végétations.

Ce traitement influe sur les troubles de la respiration nasale mais nullement sur les accès spasmodiques de coryza.

En mai 1889. — Nouveaux accès.

En 1890, pendant toute la période, ne peut traverser le jardin sans s'exposer à être repris par ses crises. A peine est-il au Parc depuis un quart d'heure que les éternuements et la rhinorrhée, le catarrhe oculo-nasal apparaissent.

Obs. XX. — 10 juin 1890.— Mme Ray... Age 40 ans? Bijoutière.

Début il y a 4 ans. Les symptômes sont l'éternuement, l'écoulement nasal et le larmoiement. Quelquefois céphalées. Crises d'étouffement et sifflements de la poitrine.

Les promenades au champ sont funestes.

Symptômes objectifs.—Pas d'hypertrophie des cornets. Cavités normales.

Traitement. — Galvano-caustique nasale.

19 juin. — Amélioration considérable, quelques petits accès d'éternuements.

Il a été possible d'aller à la campagne sans prendre d'accès.

14 mai 1891. — Cette année le coryza des foins a débuté le 10 mai pendant une promenade à la campagne dans un enclos rempli de fourrages.

Depuis accès d'éternuements et de rhinorrhée séreuse abondante, avec sensation de gravier dans les yeux. Les éternuements apparaissent surtout le matin avec le changement d'atmosphère galvano-caustique. Pulvérisation de vaseline au salol et prises de cocaïne.

27 mai. — Depuis la dernière séance a pris un seul accès à la campagne un jour où elle avait supprimé les pulvérisations. Cette année n'a pas eu un seul accès violent. Il est vrai que l'année est pluvieuse. Nouvelle cautérisation bilatérale.

Malgré un long voyage il ne s'est pas produit d'éternuements. Elle a pu aller sans être incommodée à Genève, à Aix-les-Bains.

Obs. XXI. — 8 juin 1889. — M. Mart..., 24 ans.

A eu la diphtérie 6 ans. Depuis est sujet à des angines.

Le coryza des foins a débuté chez lui il y a 14 ans environ. Il reparaît tous les ans vers la fin du mois de mai ou la première semaine de juin. Les crises sont exaspérées par la présence du foin, et détail curieux, le foin sec entassé dans un grenier suffit à faire reparaître les accès. L'exposition au soleil les exagère ou les fait naître subitement.

Le coryza a débuté cette année le 25 mai.

Symptômes objectifs. — Léger gonflement, fosse nasale droite.

Traitement. — Gautérisation galvanique des cornets.

1er juillet 1889. — La cautérisation a arrêté le coryza des foins.

Obs. XXII. — M. S..., 35 ans, rentier.

Début il y a 12 à 14 ans. C'est pendant le mois d'avril ou de mai qu'apparaissent les symptômes à peu près permanents pendant une *période de 3 mois*. Ils apparaissent sous l'influence du passage d'un endroit froid à un endroit chaud et réciproquement. Le soleil et les fleurs n'ont pas d'influence nocive. Mais en revanche le voisinage du chemin de fer et les voyages produisent des accès d'une grande violence. Pendant la période de mai est obligé de faire un voyage à Paris, qui est invariablement accompagné de tous les symptômes du coryza des foins. Tout repos, tout sommeil est impossible, tandis qu'en dehors de cette période estivale il peut dormir tranquillement tout le long du voyage.

Symptômes objectifs. — Nuls. Cautérisations nasales. Pas revu.

Obs. XXIII. — 27 mai 1891. — Mme B..., 28 ans.

Le coryza reparaît régulièrement tous les ans depuis 10 à 12 ans. Il apparaît du 13 au 20 mai. Cette année il a débuté le 25. Le grand air, la campagne, le soleil sont les causes habtiuelles des accès. Le chemin de fer est également très sensible. Jamais de propagation aux bronches.

Symptômes objectifs. — Hypertrophie du cornet inférieur gauche. Déviation de la cloison à droite.

Traitement. — Cautérisations Galvaniques.

Après la première séance de cautérisation, il se produit une *disparition complète de tous les symptômes.*

L'année suivante vient pour se faire cautériser afin de prévenir le retour des accès.

Obs. XXIV. — 17 février 1891. — Mlle R..., 21 ans.

Est sujette à des accès paroxystiques qui débutent fin mai ou commencement avril. Ils sont influencés par le chemin de fer et le soleil. Le séjour à Arcachon est seul susceptible de les faire disparaître.

A un oncle qui prend des accès d'asthme très pénibles en respirant l'odeur de farine de lin.

Sa sœur voit apparaître des papules érythémateuses à la suite d'application de la farine de lin sur les téguments.

Hypertrophie légère du cornet inférieur droit. Sténose du côté gauche due à la déviation de la cloison et hypertrophie des cornets. Pas revue.

Obs. XXV. — 24 juin 1891. — M. Bouch..., 45 ans.

Frère atteint de la même affection. Est sujet aux accès depuis 5 ou 6 ans. Le mois de juin est l'époque de prédilection. Le chemin de fer et le soleil font reparaître les accès.

Symptômes objectifs. — Papillome de la luette.

Polypes de la narine droite.

Obstruction à gauche des choanes par suite d'hypertrophie postérieure du cornet inférieur.

Opéré de ces polypes. Ablation de son extrémité postérieure.

Grande amélioration.

Obs. XXVI. — 14 juin 1890. — M. Char..., 17 ans.

Début il y a 5 ans. Les symptômes nasaux sont atténués. Les symptômes bronchiques prédominent au contraire.

Emphysème pulmonaire.

Symptômes objectifs. — Nuls.

Pas de cautérisation. Simples pulvérisations de vaseline au salol.

Obs. XXVII. — 21 septembre 1888. — Père Pat..., 35 ans.

Dès l'enfance, a ressenti les symptômes du coryza des foins. Ils débutent au mois de mai et finissent au mois de juin, pendant tout le reste de l'année, n'existent plus.

Symptômes objectifs. — Hypertrophie du cornet inférieur droit qui vient au contact de la cloison.

Traitement. — Cautérisation des cornets.

Résultat inconnu.

Obs. XXVIII. — 3 juin 1890. — M. Mag..., 35 ans. Chef d'escadron.

Est atteint d'asthme des foins depuis l'enfance.

Les accès subits avec crises spasmodiques d'éternuement, de toux et de larmoiement, ont débuté vers le 15 mai de cette année. L'odeur des foins, les émanations des jardins les produisent. Il lui suffit de traverser le Parc à cheval pour être immédiatement atteint. Le chemin de fer a une action nocive très marquée.

Symptômes objectifs. — Hypertrophie du cornet inférieur droit.

Eperon de la cloison du côté gauche, allant à la rencontre du cornet du même côté.

Traitement. — Cautérisation des deux cornets inférieurs.

Ablation de l'éperon.

Pulvérisation intra-nasale de vaseline et cocaïne.

7 juin. — Amélioration sensible. La respiration nasale est facile, la démangeaison oculaire moindre. A pu traverser le Parc sans prendre d'accès.

17 juin. — L'amélioration du début qui s'était maintenue, a disparu depuis une revue à la pluie.

Obs. XXIX. — M. Cur..., 30 ans, architecte.

Rhumatisant.

Le coryza des foins a débuté il y a 4 ans. C'est dans les premiers jours de juin qu'apparaissent les symptômes. Ceux-ci consistent en catarrhe nasal et oculaire, accès d'éternuement et de larmoiement. Pas de participation des bronches. Le grand soleil n'a pas d'influence, mais le chemin de fer. Cette année début le 29 mai pendant le séjour à la campagne. Eternuements, céphalées, démangeaison des yeux et *des oreilles*.

Pas de lésions nasales. La cautérisation des cornets amène une amélioration qui ne se maintient pas.

Obs. XXX. — M. Ol..., 25 ans.

Le coryza des foins a débuté il y a 6 ans. Le catarrhe d'abord limité aux yeux et aux fosses nasales tend à se propager aux bronches depuis cette année.

Cette année les premiers accès ont paru du 15 au 25 mai. Sans connaître la cause immédiate qui les produit a remarqué que le soleil et le chemin de fer les aggravent.

Symptômes objectifs. — A peu près nuls.

Traitement. — Galvano-caust. nasale. Pas revu.

Obs. XXXI. — 30 mai 1890. — Mme de Mont....., 48 ans.

Est atteinte depuis plus de 15 ans, généralement pendant le mois de juin. Les accès surviennent sous des influences diverses, le chemin de fer les provoque et les aggrave. Le soleil n'a pas d'influence. Cette année a gardé l'appartement et évité ainsi les accès de coryza des foins.

Symptômes objectifs. — Hypertrophie des deux cornets inférieurs.

Traitement. — Galvano-caustique nasale. Pulvérisation de vaseline. Cocaïne.

Amélioration pendant la journée.

Le succès n'a pas été durable et les accès ont reparu depuis, chaque année.

Obs. XXXII. — 2 mai 1891. — M. Vaut..., 30 ans.

Tous les printemps est atteint de coryza spasmodique, mais en dehors de cette période est sujet à des coryzas chroniques. Le chemin de fer augmente les accès.

Hypertrophie des cornets inférieurs.

Traitement. — Cautérisation et ablation à l'anse galvanique d'une portion flottante sous le cornet inférieur droit.

Résultat inconnu.

Obs. XXXIII (résumée). — 1er juin 1890. — M. Car..., 45 ans.

Le soleil et le chemin de fer font reparaître les accès, qui n'ont lieu qu'au mois de mai.

Pas de troubles objectifs.

Cautérisé, pas revu.

Obs. XXXIV (résumée). — M. Curn..., architecte, 38 ans.

Le début de l'affection remonte à dix ans. Les fosses nasales sont normales. Grosses granulations de la paroi postérieure du pharynx.

Traitement. — On cautérise les granulations du pharynx et les cornets. On supprime les accès par ce traitement.

L'année suivante ils reparaissent. Même traitement.

Obs. XXXV (résumée). — 1 octobre 1891. — M..., âge 25 ans. Voyageur.

Depuis l'âge de 9 ans est atteint de coryza des foins.

Symptômes objectifs. — Granulations blanches du voile du palais. Paroi du pharynx rouge et vasculaire.

Traitement. — Galvanisation ponctuée des granulations médianes.

Deux granules de dioscoride.

Résultat assez favorable.

Retour des symptômes l'année suivante.

Obs. XXXVI (résumée). — 24 mai 1892. — Dag..., 18 ans.

Sa mère est atteinte de l'asthme des foins depuis l'enfance. Lui depuis un an seulement.

Symptômes objectifs. — Les amygdales sont hypertrophiées.

Déviation de la cloison à gauche.

On redresse la cloison et cautérise les amygdales.

Pas revu.

Obs. XXXVII (résumée). — 25 octobre 1892. — M. L... Age, 35 ans.

Depuis 3 ans prend des accès de Hay-fever pendant la deuxième quinzaine de mai.

Symptômes objectifs. — Pharyngite granuleuse.

Traitement. — Galvano-caustique nasale.

Pas revu.

Obs. XXXVIII (résumée). — M^me^ G..., 31 ans, atteinte depuis plusieurs années, régulièrement, au mois de mai.

Hypertrophie des cornets, qui sont cautérisés.

Pas revue.

Obs. XXXIX (résumée). — Mme Jon..., 40 ans, très nerveuse.

Accès tous les printemps depuis trois ans. Quelquefois compliqués d'asthme. L'odeur du lys et de la lavande accentue les troubles.

Légère hypertrophie des cornets. Galvano-cautère. *Guérison.*

Obs. XL (résumée). — M. Giv..., 17 ans.

Père et mère rhumatisants.

Début il y a un an. Au mois de mai, le soleil augmente l'intensité des accès. Picotements dans le nez. Cercle violet sous les yeux. Hypertrophie des cornets. Cautérisation. Guérison après deux séances.

Obs. XLI (résumée). — M. R..., 35 ans.

Rhumatismes dans la famille.

Quatre frères sur six ont la même affection et un autre de l'asthme.

Début très ancien. Aggravation depuis dix ans. La chaleur et le soleil font reparaître les crises, l'odeur du poivre également. S'il entre dans un grenier à foin elles prennent une intensité intolérable.

Hypertrophie des cornets inférieurs. Cautérisation. Résultat inconnu.

Obs. XLII (résumée). — M. Bal..., atteint depuis deux ans. Pas de lésions nasales. Cautérisation. Résultat inconnu.

Coryza spasmodique.

Nous n'avons cité *in extenso* que les observations qui présentent quelques particularités, les autres nous auraient entraîné à des redites fastidieuses. Elles n'offrent d'intérêt que pour la statistique, aussi nous sommes-nous contenté de les résumer.

Obs. I. — Due à l'obligeance du Dr B..., de Saint-Etienne.

« Depuis bien des années j'ai du coryza et de la pharyngite granuleuse, mais jamais je n'avais eu d'accès de coryza survenant sans aucun refroidissement, lorsque au commencement de juin 1887, un jour que par une forte chaleur j'avais soufré un treillage de vigne, je fus pris à la tombée de la nuit d'un coryza suraigu. Il fut très violent toute la nuit et *cessa presque subitement* le lendemain vers midi.

A partir de ce jour-là, toutes les fois que j'allais à la campagne, c'est-à-dire à peu près tous les dimanches, et surtout si je marchais dans les champs, si je chassais, par exemple, j'étais sûr d'avoir vers le soir un pareil accès de coryza avec flux séreux abondant, éternuements violents et répétés, douleur sourde au front et derrière la tête.

Pas de fièvre cependant et jamais d'accès d'asthme. Cela ne durait jamais plus de 24 heures.

Dans la semaine, comme je ne sortais guère de la ville, je ne ressentais absolument rien, et je n'avais de coryza que si je m'enrhumais par refroidissement, mais alors c'était de la rhinite aiguë, ordinaire, qui durait trois ou quatre jours et qui à la fin

amenait une sécrétion jaune épaisse muco-purulente pendant un certain temps, tandis que dans les accès que le séjour à la campagne me procurait la sécrétion aqueuse limpide très abondante cessait brusquement au bout de 24 heures laissant le nez à peu près sec.

Ces accès de coryza avaient encore pour caractère particulier d'être augmentés par le chemin de fer, le séjour dans un appartement chaud, par le lit, par une application quelconque, une lecture par exemple. J'ai dû souvent le lundi matin renoncer à voir mes malades, car tout examen un peu attentif avec l'ophtalmoscope particulièrement m'amenait de violentes crises d'éternuement.

Ce fut vers le 6 novembre que cette année-là j'eus le dernier accès.

L'année suivante j'eus mon premier accès au commencement du mois de juin comme l'année précédente. Je vins à Lyon prier le Dr Garel de me faire quelques cautérisations au galvano-cautère sur la muqueuse des cornets. Après ce traitement je pus pendant cet été aller à la campagne sans prendre de coryza. Je n'eus donc cette année d'accès que quand j'allais à la chasse et encore je fis cette remarque qu'une journée de chasse dans la montagne à 6 ou 700 mètres d'altitude ne me procurait un accès que si la journée avait été très chaude et la fatigue très grande, tandis que dans la plaine du Touz l'accès était certain quelque temps qu'il fît.

Je n'eus aucun accès de coryza pendant les étés de 1890 et 1891. Je pus même à plusieurs reprises accepter de chasser dans la plaine sans avoir d'accès de coryza au retour. Il y avait donc sinon guérison complète au moins une très grande amélioration dans mon état.

« Le 15 juillet dernier (1892), je n'avais pas encore eu d'accès de mon coryza des champs ; quand je quittai Saint-Etienne pour

aller à Cannes passer quelques jours sur les bords de la Méditerranée, où malgré de fréquentes promenades dans les environs par une chaleur souvent très forte je n'eus absolument rien du côté de la muqueuse nasale.

« Je vins ensuite à Lyon où sans être beaucoup sorti de la ville cependant, mais à cause peut-être de la chaleur terrible qu'il faisait et de la transpiration constante dont on était baigné, je sentis que je reprenais du coryza. J'éternuais souvent, je mouchais une sécrétion claire muqueuse.

« Depuis lors, pendant les mois d'août et de septembre, j'ai eu tous les 3 ou 4 jours un accès de coryza avec tous les caractères que j'ai indiqués plus haut, mais ils avaient cela de particulier qu'ils étaient beaucoup plus forts après un séjour à la campagne ou même à Lyon quand il faisait le vent du midi et qu'au lieu de se terminer en moins de 24 heures comme ceux que je prenais dans la plaine du Touz, ils duraient parfois jusqu'à trois jours puis restaient à l'état subaigu, avec crises d'éternuements, de sécrétions et d'obstructions du nez, survenant plusieurs fois dans la journée sans cause appréciable.

« Pendant un séjour de deux semaines que j'ai fait à Paris à la fin du mois d'août cet état de coryza subaigu avec crises d'éternuements disparut complètement, *mais il revint à mon retour à Lyon*. Le séjour à Lyon paraît donc avoir provoqué puis entretenu cet état nouveau. Pourquoi? c'est difficile à préciser. La grande chaleur qu'il a fait et aussi peut-être les nombreux jardins qui entourent les collines lyonnaises y sont pour quelque chose. Le 22 septembre dernier le Dr Garel me fait une cautérisation de tout le bord du cornet inférieur et 15 jours après une seconde. *Ceci mit fin aux accès de coryza avec éternuements violents et sécrétion claire abondante.*

« En terminant je signalerai un signe particulier à mon observation : l'influence de l'altitude. A Saint-Etienne à 550 mètres

jamais de ces accès de coryza suraigus, et ceux que j'avais contracté dans la plaine du Touz disparaissaient en moins de 24 heures. Dans les montagnes environnant Saint-Etienne je puis chasser, courir à travers les champs sans avoir d'accès, quelle chaleur qu'il fasse ; à Lyon (160 mètres d'altitude), par une chaleur exceptionnelle il est vrai, mais sans être allé à la campagne, il s'établit chez moi une sorte d'état chronique avec crises paroxystiques d'éternuements, et sécrétion très abondante, et poussées aiguës durant deux ou trois jours, chaque fois que je vais à la campagne ou qu'il fait le vent du midi. »

Obs. II. — Un jeune ouvrier tulliste, 17 ans, se présente un lundi à la clinique laryngoscopique du Dr Garel pour des accès d'éternuements qui sont survenus la veille à la suite d'une promenade au champ.

Ses parents sont bien portants, sa mère rhumatisante. Lui n'a jamais eu aucune maladie. Il y a quelques mois il vit survenir pour la première fois ces accès après une partie de campagne avec des camarades.

Lorsqu'il rentre vers 6 heures, les symptômes apparaissent, crises violentes, éternuements, sécrétion nasale, larmoiement, durant la nuit et une partie de la journée. Comme il va seulement le dimanche en dehors de la ville, c'est seulement ce jour-là que les accès surviennent ; ils ont une régularité mathématique, apparaissent à la même heure et ont une durée toujours semblable. Dans la semaine, il ne sort de son atelier que pour aller chez lui et il n'a que quelques pas à faire.

On lui fait des cautérisations nasales, et pendant un mois environ il peut aller à la campagne impunément ; puis les accès reparaissaient, nouvelles cautérisations qui les atténuent pour un temps variable. Il vient ainsi plusieurs années, à la belle saison se faire faire des cautérisations préventives.

Obs. III. — M. L..., âge, 20 ans, coiffeur.

Jouit d'une santé parfaite, aucune maladie dans l'enfance ni l'adolescence. Chez les parents et les collatéraux rien de particulier.

Il y a deux ans a été traité pour pharyngite granuleuse.

Au début de cette année a été subitement pris d'éternuements pendant qu'il coiffait. Le retour de ces accès dans les mêmes circonstances a permis d'en découvrir la cause. Il a remarqué qu'ils étaient dus à l'usage de la poudre de riz, plus spécialement lorsqu'elle contenait de l'iris.

En dehors de ces circonstances il va bien, mais se trouve fort gêné pour l'exercice de sa profession. Il lui suffit d'ailleurs de la présence de poudre dans le voisinage sans en faire lui-même usage. Si une dame est poudrée d'avance le premier coup de peigne est le signal de ses accès.

Pendant le carnaval, par suite des exigences du travail, il a eu des accès continuels, avec éternuements spasmodiques, sécrétion nasale profuse et gonflement des conjonctives. Il tâche d'obvier à ces inconvénients en usant de poudre de riz sans iris qu'il supporte plus aisément.

Ces accès ne sont pas influencés par le chemin de fer ni par la température.

L'influence des saisons par elles-mêmes est nulle, elles n'agissent qu'indirectement en lui fournissant l'occasion de coiffer plus ou moins souvent.

Les accès n'ont pas la forme asthmatique. Objectivement il ne présente rien de particulier, à part une légère congestion des cornets. On fait des cautérisations qui n'amènent qu'une amélioration transitoire.

Obs. IV. — M. Gall..., âge 30 ans, droguiste.

N'accuse d'autre maladie qu'un coryza chronique dont le début remonte à dix ans environ.

Le coryza spasmodique est de date plus récente. Au mois de juin 1890, il y a deux ans par conséquent, recevant pour des préparations pharmaceutiques un envoi considérable de Roses de Provins (500 kilogs environ), il fut pris au déballage, bien que ne prenant pas une part directe à cette opération, d'accès d'éternuements de coryza aigu d'une intensité considérable. Pendant tout le temps qu'a duré la manipulation des roses fraîches les accès se sont reproduits.

L'année suivante mêmes symptômes à l'occasion de la même cause.

Il remarque que les accès coïncidaient avec l'ablation du pistil et des étamines.

En 1892, il a été obligé d'abandonner le magasin pendant la préparation des roses, tellement il est incommodé par les symptômes signalés.

En dehors de cette circonstance est gêné seulement par le coryza chronique.

Examen. — Les deux cornets inférieurs sont hypertrophiés, la portion postérieure du cornet inférieur gauche est très volumineuse.

Traitement. — Cautérisation de la muqueuse et ablation à l'anse galvanique de la portion hypertrophiée.

Par ce traitement, les accès sont moins violents. Mais l'amélioration a surtout été pour la rhinite chronique.

Obs. V. — M. B..., notaire, 40 ans.

Accès spasmodiques très fréquents, cause inconnue, bronchite emphysémateuse arrivés à un tel degré que sa profession n'a pu être exercée. A son passage à Lyon, chez sa belle-mère, était pris de son coryza avec crises d'asthme bien intense. En cherchant la cause il crut pouvoir l'attribuer à l'odeur de camphre répandue à profusion dans l'appartement de sa belle-mère.

Traité pendant plusieurs années par le Mont-Dore, l'hydrothérapie, l'iodure et en même temps galvano-caustie des cornets inférieurs. Ceux-ci étant très hypertrophiés amenaient de la sténose de la narine droite ; à tel point qu'à la suite d'une cautérisation il y eût une synéchie d'un côté. Elle fut traitée par la section au galvano et guérie complètement avec l'interposition d'une lame celluloïde pendant une quinzaine de jours.

Très amélioré de ses accès. Le traitement local a amené un excellent résultat de son coryza, mais la tendance emphysémateuse persiste.

Obs. VI. — M. G..., droguiste. Age 35 ans. Brun, sec, nerveux. Le Dr Garel est appelé en consultation à New-sur-Saône où le malade est en proie à un accès d'asthme très violent chez sa belle-mère où sa femme fait ses couches. Bien que les symptômes bronchiques prédominent à ce moment la crise a débuté par les symptômes oculo-nasaux.

La crise a été précédée d'autres analogues dans les mêmes circonstances et dans le même emplacement. Tous ces accidents disparaissaient quand le malade revient à Lyon.

Symptômes objectifs. — Nuls.

Entrant chez un pharmacien qui mettait du lycopode en flacon pris des mêmes symptômes séance tenante. Dans cette circonstance et dans une autre, remarqua que ces accidents coïncidaient avec l'usage de la poudre du lycopode chez ses enfants.

En évitant soigneusement la respiration de cette poudre a pu prévenir le retour des accès.

Obs. VII. — M. B..., 28 ans, externe de Gap, officier.

Est atteint depuis 15 ans d'un coryza spasmodique et périodique revenant assez régulièrement tous les sept jours.

La régularité et l'intensité de l'accès sont plus marqués, surtout

en été. Début par une sensation de chatouillement dans le nez, puis tout le tableau : éternuements, larmoiements, etc. La durée est fixe, 14 heures. Si pendant l'accès le malade s'endort l'accès dure toujours 14 heures pendant l'état de veille.

Les accès viennent dans la journée, le malade les prévoit, si le matin les paupières sont lourdes, les conjonctives injectées. L'écoulement nasal peut être très abondant et provoquer des vomissements. Examen : Les cornets de volume normal ont une couleur rouge-vif.

Traitement. — Galvano-caustie nasale.

Nouvel accès à la date prévue, le traitement jusque-là n'a pas été très favorable. Les cautérisations ne sont pas recommencées.

Obs. VIII. — M^lle de Col..., âge 20 ans.

La mère est atteinte tous les étés d'asthme des foins qui remonte à l'enfance.

Un frère également atteint de coryza spasmodique. Très nerveuse.

A la suite d'une toux qui dura 6 mois fut prise d'enrouement et de sensation de gêne de la gorge qui l'empêche de chanter.

Depuis cette époque, présente sans cause connue des accès d'éternuements d'obstruction nasale et d'hypersécrétion aqueuse. Ces accès sont très fréquents et apparaissent en toute saison. Les variations brusques de température et les influences atmosphériques ont leur retentissement sur le nombre des accès.

Examen : Granulation de la paroi postérieure du pharynx. Hypertrophie de l'amygdale gauche.

Les cornets sont normaux.

Cautérisation des cornets et des amygdales.

Guérison.

Obs. IX. — Mai 1893. — M. R..., âge 32 ans.

Les ascendants présentent diverses manifestations de la diathèse arthritique.

Le père et la mère ont eu des attaques de rhumatisme et présentent des nodosités articulaires.

Les accès de coryza spasmodique ont débuté à l'âge de 8 ans. Ils se renouvellent sous des influences inconnues à des intervalles très courts. Les saisons n'ont pas d'influence sur leur fréquence ou leur marche. Ils se produisent en hiver aussi bien qu'en été. Mais le séjour à Vienne (Isère) paraît favoriser leur apparition. C'est tantôt le matin au réveil ou dans la journée qu'on les observe. Quelquefois un *choc sur le nez* suffit à provoquer un accès avec tous les symptômes habituels (éternuements, écoulement nasal et congestion oculaire). Leur durée est variable, tantôt de quelques heures, tantôt de 24 et 48 heures.

Symptômes objectifs. — Nuls.

Traité par la cautérisation des cornets.

Pas revu.

Obs. X — M. Bul..., âge, 23 ans.

Le père éternue continuellement.

Paraît être de souche arthritique et a présenté déjà des manifestations de la diathèse. A l'âge de 7 ans, a eu du rhumatisme articulaire aigu. A 16 ans, était affligé d'une obésité précoce. Pesant 95 kilogrammes à cet âge, il est parvenu par un régime et une hygiène sévères à maigrir. Son coryza se traduit par des crises d'éternuements très fréquentes, obstruction nasale. Les conjonctives sont prises rarement.

Malgré une apparence normale des cornets on fait des cautérisations de la muqueuse.

Ces cautérisations amènent une amélioration manifeste. Deux mois après se présente de nouveau après un accès qu'il attribue à la violence du vent.

Obs. XI. — M. de Ball..., âgé de 36 ans.

Depuis une très ancienne date est sujet à des accès d'éternuements très pénibles et presque continuels.

Présente une hypertrophie considérable du cornet inférieur gauche, et du côté droit une hypertrophie de la cloison qui va à la rencontre du cornet du même côté.

Cautérisation des portions hypertrophiées. Après la première séance légère amélioration.

Peu de temps après nouvelle cautérisation amenant une guérison complète et définitive.

Obs. XII. — M. Moul..., 38 ans. Boucher.

Arthritique. Emphysémateux.

Depuis quatre ans est sujet à des attaques de coryza spasmodique qui *apparaissent surtout la nuit*. La durée des accès est de quelques heures, ils se renouvellent à peu près tous les 8 jours en toute saison. Mais au mois de mai, à la saison des foins, ils augmentent d'intensité et de fréquence.

Les fosses nasales sont normales.

Les amygdales sont très volumineuses, surtout celle du côté gauche.

Traitement. — Galvano-caustique nasale.

Pulvérisations d'huile de vaseline.

Un mois après revient très amélioré, il n'a pas eu une seule crise de coryza spasmodique. Il est seulement sujet à des éternuements qui ont d'ailleurs diminué de fréquence. On réduit les amygdales au galvano-cautère.

Obs. XIII. — Mlle Nug..., 32 ans.

Très nerveuse.

L'accès typique (éternuements, coryza, hypersécrétion) s'accompagne quelquefois de crises d'asthme.

L'odeur du crin végétal produit les accès. Ne peut se coucher sur un matelas en crins, s'assoir sur un fauteuil ou coussin rembourrés.

En plus de cette cause qui est prédominante il en existe d'autres. Sensible également aux poussières (odeur des vieux livres), à la paille ou paillasson.

Les odeurs sont également très mal supportées.

Les accès ont une durée de 1 heure à 2 heures.

L'intensité des accès est variable et ils ne sont pas toujours accompagnés de crises d'asthme.

Fosses nasales normales.

Traitement. — Général. Eaux minérales Allevard.

Cautérisations.

L'amélioration est insignifiante.

Obs. XIV. — Mme Vict. B..., 35 ans.

La maladie a débuté après un séjour de six mois à Lyon, elle remonte à dix-huit mois.

Les accès sont très fréquents, parfois se reproduisent tous les jours. Surviennent quelquefois pendant la nuit, durent une heure ou deux.

La maladie se complique de troubles asthmatiques très intenses obligeant la malade à rester debout pendant la nuit ou assise sur un fauteuil.

Légère hypertrophie des cornets inférieurs. Séance de galvanocaustique bilatérale, qui amène une amélioration immédiate considérable.

La sécrétion nasale est modifiée et prend des caractères normaux.

La durée de l'amélioration est très courte.

Nouvelle cautérisation. Pulvérisation d'huile de vaseline au salol. Tous les traitements échouent.

Obs. XV. — M. L..., 30 ans.

Depuis onze mois prend des crises de coryza subits se renouvelant tous les deux ou trois jours.

Présente une hypertrophie des cornets, des deux côtés allant au contact de la cloison. De plus, du côté gauche un éperon de la cloison vient à la rencontre du cornet.

Séance de galvano-caustique pour détruire l'hypertrophie du tissu érectile et l'éperon.

Le résultat est immédiat et remarquablement favorable. Disparition des symptômes sauf quelques rares éternuements.

Obs. XVI. — M. V..., 36 ans.

Depuis vingt ans est pris subitement d'accès de coryza consécutifs à une *sensation de froid sur la nuque.*

La sécrétion nasale est très abondante.

Depuis un séjour très prolongé au bord de la mer éprouve une sensation de gêne dès qu'il se met à l'air.

Indépendamment de ces accès présente des crises périodiques à l'époque des foins se présentant tous les ans.

Symptômes objectifs. — Quelques varices à la base de la langue.

Obs. XVII. — 12 novembre. — Mlle V..., 22 ans.

A la voix voilée depuis l'âge de 15 ans. S'enrhume l'hiver. Depuis deux ans souffre d'accès d'éternuements accompagnés d'hypersécrétion nasale aqueuse débutant par une *sensation de chatouillement dans la bouche et la gorge.* Indépendamment des accès aigus présente du coryza chronique.

Hypertrophie des deux cornets inférieurs venant au contact de la cloison.

On fait des cautérisations sur les cornets. Un mois après nouvelle séance.

Résultat inconnu.

Obs. XVIII. — Juin 1890. — Mme Tr..., 40 ans.

Les symptômes (éternuements, écoulement du nez très abondant) datent de 4 ans.

La respiration nasale est difficile et la malade dort la bouche ouverte. La perception des odeurs est amoindrie.

Au moment de l'examen l'obstruction nasale est peu considérable mais la muqueuse est dépressible.

Galvano-caustie nasale à plusieurs jours d'intervalle.

Amélioration et retour de l'odorat. Les symptômes du coryza ont disparu sauf l'écoulement du nez qui persiste quoique amoindri.

Obs. XIX (résumée). — Mme Clar..., 40 ans. Début il y a huit mois.

Pas de lésions objectives.

Pas traitée.

Obs. XX (résumée). — Mme Bri..., 35 ans. Pas de lésions.

Pas traitée.

Obs. XXI (résumée). — Mme Lasfert, 38 ans.

Les crises sont compliquées d'accès d'asthme. Polypes et hypertrophie extrême postérieure des cornets.

Obs. XXII (résumée). — Mme R..., 42 ans. Père mort de rhumatisme.

Prend des accès de coryza spasmodique en toute saison, mais plus spécialement au mois de mai et lorsque la température est chaude et sèche.

Accuse une obstruction nasale presque permanente mais plus marquée au moment des accès, le début remonte à 18 mois.

Cautérisation des deux cornets qui amène la guérison complète après quelques séances.

Obs. XXIII. — Mme Bouq..., 40 ans. Père goutteux.

Crises nerveuses de l'enfance, tœnia à 18 ans.

Présente depuis 2 ans des accès de coryza spasmodique débutant par des éternuements. Puis survient de l'écoulement, de l'obstruction nasale. Les symptômes pulmonaires apparaissent et atteignent une certaine intensité.

Dyspnée avec râles sibilants, oppression empêchant le séjour au lit.

La malade habite successivement Lyon et les environs. Elle ne prend des accès qu'à Lyon, mais est toujours péniblement impressionnée par les poussières, les odeurs de coings en particulier et de pommes. Se présente avec un accès très manifeste. Depuis deux mois ne dort pas, est surtout très affaiblie.

Pas de lésions objectives.

Galvanisation caustique des deux cornets, amenant sans autre traitement la cessation de tous les symptômes. Un mois après elle revient absolument guérie sans avoir repris d'accès. L'appétit est revenu ainsi que le sommeil.

Obs. XXIV (résumée). — Mlle Tuf..., 17 ans. Très nerveuse. Les accès surviennent 7 à 8 fois par an sous des influences inconnues. Hypertrophie des deux cornets inférieurs. Cautérisation ayant entraîné des troubles mentaux pendant quelques jours.

Obs. XXV (résumée). M. Ru..., 20 ans. Les accès de coryza spasmodique surviennent sous l'influence de l'humidité et entraînent des troubles laryngés. Saillie du bord inférieur du cornet gauche, enlevée à l'anse galvanique. Pas revue.

Obs. XXVI (résumée). — Mme Mal..., 36 ans? Présente du coryza spasmodique depuis un mois seulement. Pas de lésions nasales. Cautérisation. Pas revue.

Obs. XXVII (résumée). —M. Lud..., 13 ans 1/2. Accès s'accompagnant d'obstruction des narines. Hypertrophie des cornets plus spécialement du côté gauche. Cautérisation. Résultat inconnu.

Obs. XXVIII (résumée). — Mme Vau..., 39 ans. Les accès reviennent à chaque période menstruelle. Pharyngite latérale. Fosses nasales normales. Cautérisations nasales et pharyngiennes. Résultat inconnu.

Obs. XXIX (résumée). — M. R..., 19 ans. Les accès sont beaucoup plus fréquents pendant l'été mais surviennent en toute saison. Hypertrophie polypoïde du cornet moyen du côté droit. On cautérise le cornet moyen et aussi les cornets inférieurs. Résultat inconnu.

Obs. XXX (résumée). — Mlle B..., 18 ans. Pas de lésions nasales. Cautères des cornets. Pas revue.

Obs. XXXI (résumée). — Mlle Gen..., âge? Les crises de coryza spasmodique sont occasionnées par les changements de résidence. Les symptômes durent plusieurs heures. Pas de lésions nasales. Cautérisations. Résultat inconnu.

Obs. XXXII (résumée). — Mlle V. de C..., 24 ans. Pas de lésions nasales. Pas traitée.

Obs. XXXIII (résumée). — Mlle Raym..., 14 ans. Très nerveuse, très impressionnable. Les accès apparaissent au réveil. Pharyngite, granulations à la paroi postérieure du pharynx. Fos-

ses nasales normales. Traitement exclusivement hydrothérapique. Sans résultat.

Obs. XXXIV (résumée). — Mlle Th..., 20 ans. Très nerveuse. Présente du coryza spasmodique avec asthme depuis un an. Les accès débutent par une sensation de froid dans le nez. Gros nid de concrétion amygdalienne. Fosses nasales normales. Traitement nasal et pharygé. Grande amélioration.

Obs. XXXV (résumée). — Mlle B..., 20 ans. Les éternuements apparaissent le matin au réveil. L'examen des fosses nasales dénote une hypertrophie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur. Cautérisations galvaniques. Grande amélioration, quoiqu'il existe quelques éternuements isolés.

Obs. XXXVI (résumée). — Mme Pren..., 40 ans. Son frère est atteint d'asthme des foins. Les accès ont débuté il y a un an, ils surviennent en toute saison, sont presque quotidiens. Les fosses nasales sont normales. On cautérise les cornets sans succès.

Obs. XXXVII (résumée). — M^lle R..., 17 ans 1/2. Les accès de coryza spasmodique sont très fréquents. Hypertrophie de la queue des cornets. Ablation. Résultat inconnu.

Obs. XXXVIII (résumée). — M^lle Lor..., 18 ans, arthritisme chez la mère. Son frère est pris d'accès de coryza spasmodique en entrant chez un pharmacien. Début il y a un an. Les accès sont plus fréquents en été, ils durent 24 heures et s'accompagnent d'oppression et de sibilance des bronches. La poudre d'héliotrope dans le mouchoir fait reparaître les accès. Fosses nasales normales. Après deux séances de cautérisation, les accidents n'ont plus reparu.

Obs. XXXIX (résumée). — M. Jar..., 40 ans. Accès d'éternuement et d'obstruction nasale durant 24 heures, survenant le plus souvent par suite de l'odeur de charbon, de locomotive, l'odeur de bitume. Déviation de la cloison. Destruction par l'électrolyse. Résultat favorable.

Obs. XL (résumée).— M. G..., 16 ans. Accès de coryza spasmodique surtout en présence de l'odeur des foins. Hypertrophie des cornets, sténose nasale. Réduction de l'hypertrophie. Résultat favorable.

BIBLIOGRAPHIE

DEPUIS L'ANNÉE 1889.

Anderson. — Hydrorrhée nasale. Notthingham, Med. chir. Soc., 1892.

Bean. — Nasal hydrorrhœa. N. Y. M. J., 1892.

Bullock. — L'asthme des foins et les éternuements répétés (Prov. Med Journ., 1890).

Berkarth. — La pathogénie de la fièvre des foins. Lancet, juillet, 1890.

Dreyfus-Brissac. — Asthme des foins. Pathog. et trait. (Gaz. hebd., 1890).

Fenykory. — Coryza spasmodique (Inter. Klin. Rundschau., 1890, n° 47).

Féré. — Éternuement par excitat. lumin. (Soc. de Biol., 25 oct. 1890).

Fr. Franck. — Contribution à l'étude expériment. des réfl. d'orig. nas. (Arch. de phys., juillet 1889).

— De l'innervation vaso-dilat. de la muq. nasale (Arch. de phys., 4 oct. 1890).

Greville Mac Donald. — Éternuements paroxystiques, in traité des maladies du nez, 1890.

— Le pronostic du Hay Fever (the Practitioner, avril, 1893).

Gluck. — The treatment of an acute attack of H. F. (N. Y. M. R., 1892)

Havilland Hall. — Fièvres et asthme des foins (Arch. of laryng. II, nº 1, 1889).

Joal. — Influence des odeurs sur la voix (Revue de laryng. otol. rhin., 1894).

Kecper. — Obs. d'Hydrorrhée nas. N. Y. M. J., 22 juillet 1892.

Konnear. — H. F. comme maladie d'orig. cent. (N. Y. M. R. 1888).

Leflaine. — Asthme d'été, in Traité de Med. Debove et Achard, 1892.

Lichtwitz. — Hydrorrhée nasale (Bull. Soc. lar. de Paris, fév. 1893).

Mar Bridge. — De l'asthme des foins et des états analogues. Brit. Med. J., 15 sept. 1890.

Moure.— Coryza aigu périodique, in Manuel des mal. des fosses nasales, 1893.

Natier. — Pathogénie et Traité de l'asthme des foins. Th. de Paris, 1889.

Rendu. — Rhino. br. spasm. (Mercredi Med., 7 janvier 1891).

Ruault. — Pathogénie de l'asthme des foins (Arch. de laryng., 1889).

— Rhume des foins, in Traité de médec. Charcot, Bouchard.

Stickler. — Les parfums de la fièvre des foins (N. Y. M. R. 1891).

— Méfiez-vous de la cocaïne (N. Y. M. R. 1892).

Sajous. — Notes sur la pathog. de la rhinite hypéresthét. périodique (Univers. Med. Journ., sept. 1893).

Schemons. — Diagn. et Traité des névroses reflexes nasales (Berlin, Klin. Worth, 1890).

Szohner. — Contrib. à l'ét. et au traitem. de la fièvre des foins (Pest. Med. chir. Presse, 1892).

Watson. — Asthme des foins. Bristol. Med. chir. Journ., Juin 1892).

Wright. — Des bactéries du nez à l'état de santé. N. Y. M. Journ., 1890.

Woolen. — Variété des accidents reflexes selon le point d'excitation. Mississipi. Walleg. Med. ost., 1890.

H. Jouve, Imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

20.G.112.
L'asthme des foins et le coryza1894
Countway Library BEO5042
3 2044 045 878 253

20.G.112.
L'asthme des foins et le coryza1894
Countway Library BEO5042
3 2044 045 878 253